

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 112

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

Syndromes péritonéaux et gastrointestinaux
dans les
affections chirurgicales du rein

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CLAVEL

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né le 28 Octobre 1902 à LA COTE St-ANDRÉ (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

SYNDROMES PÉRITONÉAUX ET GASTROINTESTINAUX
DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. TIXIER

Il n'y a pas deux ans qu'il nous a accueilli dans sa Clinique, et nous ne comptons déjà plus les bienfaits dont nous lui sommes redevable. Nous sommes très sensible au grand honneur qu'il nous a fait en nous confiant le soin d'exposer quelques-unes des ses vues originales et fécondes, fruit de la patiente et minutieuse observation des malades.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre immense reconnaissance et de notre attachement très profond.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1928-1929 N° 112

Travail de la Clinique Chirurgicale du Professeur TIXIER

Syndromes péritonéaux et gastrointestinaux
dans les
affections chirurgicales du rein

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 25 Juin 1929

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Charles CLAVEL

Interne des Hôpitaux

Aide d'Anatomie à la Faculté

Né le 28 Octobre 1902 à LA COTE St-ANDRÉ (Isère)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1929

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ
Doyen M. J. LEPINE.
Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, ROQUE, BARD, LANNOIS.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC.
Cliniques chirurgicales	PAVIOT.
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET.
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET.
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON.
Anatomie pathologique	FROMENT.
Chirurgie opératoire	CADE.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique	Etienne MARTIN.
Pharmacie	COURMONT (P.).
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY.
	LEULIER.
	PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS.
— — — Prépédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon).
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN.	ROUBIER.	CHALIER (André).	DEVIC.
TRILLAT.	BONNET.	CHALIER (Joseph).	GABRIELLE.
SARVONAT.	RHENTER.	NOEL.	MANCAEU.
FLORENCE (G.).	MAZEL.	CHEVALLIER.	MARTIN (Joseph).
ROCHAIX.	SANTY.	DUMAS.	ROCHET (Ph.).
CORDIER (V.).	DUNET.	DUFOURT.	WERTHEIMER.
			GATE.

M. BAYLE, secrétaire.



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. TIXIER, président ; LATARJET, assesseur ;

PATEL, professeur et ROCHET Ph., agrégé.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES

Chirurgien des Hôpitaux

Nous avons passé plusieurs semestres dans son service; il a bien voulu nous admettre à suivre ses Conférences. Puissions-nous garder toujours l'empreinte de son admirable et solide enseignement.

Mais nous lui devons plus encore : ses conseils nous ont été maintes fois précieux, et la sympathie qu'il nous a toujours témoignée mérite notre inaltérable reconnaissance et notre respectueuse affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LATARJET

Il nous a fait l'honneur de nous admettre au laboratoire d'Anatomie. Nous avons bénéficié de cette bienveillance et de cette cordialité toujours souriante qu'il réserve à ses jeunes collaborateurs. Il les appelle ses amis et les traite comme tels. Nous en sommes profondément touché, et nous sommes heureux de pouvoir lui exprimer ici toute notre vénération et toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR M. PATEL

Il est notre Maître à l'Hôpital et à la Faculté. Son esprit brillant et discipliné sait, en d'admirables leçons, faire vivre la Chirurgie opératoire. Nous l'assurons de notre vive admiration et de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PH. ROCHET

Il a bien voulu faire partie de notre jury de thèse. Nous l'en remercions de tout cœur, et le prions de croire à notre amitié respectueuse et à notre entier dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GAUTHIER

Assistant Urologiste à la Clinique du Professeur Tixier

Il nous a guidé avec sa bienveillance habituelle dans la rédaction de ce travail. Son amabilité à notre égard ne s'est jamais démentie. Qu'il soit assuré de notre profond attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. RICARD

Chirurgien des Hôpitaux

Depuis nos plus humbles débuts dans la Médecine, il fut notre conférencier. Il est à la fois le jeune Maître qu'on admire, et l'ami dont l'appui ne fait jamais défaut.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE PROFESSEUR COURMONT.

Externat

MM. LE DOCTEUR DELORE;
LE DOCTEUR DESGOUTTES;
LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND;
LE DOCTEUR GOYET.
LE DOCTEUR GARDERE ;

Internat

MM. LE PROFESSEUR LAROYENNE;
LE DOCTEUR MOLIN;
LE DOCTEUR DESGOUTTES;
LE PROFESSEUR PATEL;
LE PROFESSEUR COTTE;
LE PROFESSEUR TIXIER;
LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND;
LE PROFESSEUR VILLARD.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

MM. LE PROFESSEUR LATARJET;
LE DOCTEUR GALLOIS;
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GABRIELLE;
LE PROFESSEUR PATEL;
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER;
LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BONNET.

SYNDROMES PÉRITONÉAUX ET GASTROINTESTINAUX DANS LES AFFECTIONS CHIRURGICALES DU REIN

Introduction

Les reins sont plaqués sur la paroi postérieure de l'abdomen. Seul, le feuillet pariétal postérieur du péritoine les sépare de la cavité péritonéale. Cette cloison n'a qu'une épaisseur de quelques dixièmes de millimètre; elle est mince et fragile, presque transparente, et cependant, quand on y réfléchit, c'est là la frontière qui sépare l'urologie de la chirurgie générale. L'urologiste, qui opère par voie lombaire, connaît bien cette barrière, dont il s'efforce de ménager la fragilité; mais, de l'autre côté, le chirurgien, qui intervient par la voie abdominale, ne songe peut-être pas toujours assez à l'existence des organes rétropéritonéaux.

En présence d'une occlusion intestinale, qui a nécessité une laparotomie, c'est un réflexe que d'explorer tout l'intestin, grêle et gros, à partir de l'angle iléo-cœcal, puis d'examiner estomac, duodénum, foie et vésicule, enfin les organes du petit bassin; mais songe-t-on toujours à palper les reins et les uretères? En face de douleurs abdominales d'origine indéterminée, accompagnées de troubles digestifs variés, que de fois on

a accusé et enlevé, après l'échec d'une gastroentérostomie, un appendice normal, ou une vésicule innocente. Pendant ce temps, à l'abri derrière le mince péritoine pariétal postérieur, un calcul du bassin, une petite hydronéphrose, un kyste du rein, narguaient l'opérateur qui fouillait vainement en tous sens la cavité abdominale.

Voilà sur quoi nous désirons attirer l'attention. Les affections rénales et périrénales ont souvent une symptomatologie uniquement abdominale et surtout digestive. Nous ne voulons pas parler ici, des innombrables symptômes digestifs, décrits depuis longtemps dans toutes les maladies du rein; mais il y a des cas où ces symptômes digestifs passent au premier plan de la scène clinique: rien n'attire l'attention sur l'appareil urinaire, ni douleurs typiques, ni troubles de la miction, ni hématurie, ni pyurie. Seuls existent des troubles gastriques, des modifications du transit intestinal, du ballonnement, généralement d'allure chronique, mais parfois d'évolution subaiguë, simulant à s'y méprendre une occlusion intestinale, par exemple. Si la palpation du rein est négative, on pousse rarement plus loin, dans ces conditions, l'examen de cet organe, d'autant plus que les urines semblent normales; et, cependant, un cathétérisme des uretères, une pyélographie, une radiographie de l'arbre urinaire, pourraient donner la solution du problème. Bien des gastropathes, des entéritiques, gagneraient à être examinés de la sorte; il faut savoir y penser lorsque tous les moyens d'exploration du tube digestif sont demeurés sans résultat, chez un malade accusant néanmoins des troubles fonctionnels intenses et certains.

M. le Professeur Tixier, qui nous a fait le grand honneur de nous inspirer ce travail, a eu depuis longtemps l'attention attirée sur ces faits. Il y a déjà plusieurs années que, dans une clinique magistrale traitant des troubles digestifs d'origine rénale, nous l'avons entendu exposer ces idées. C'est d'ailleurs à lui ainsi qu'à son assistant urologiste, M. le Docteur Gauthier, que nous devons le plus grand nombre des observations inédites rapportées dans cette thèse.

Nous ne prétendons pas traiter ici un sujet entièrement nouveau : c'est la première fois, croyons-nous, qu'une étude d'ensemble s'efforce de réunir et de classer les faits de ce genre, mais, parmi eux, un grand nombre ont été déjà maintes fois signalés,

Le chapitre des formes gastrointestinales de la lithiase rénale fut écrit pour la première fois par Schaaerschmidt et Morgagni (1738); puis ces notions retombèrent dans l'oubli, jusqu'au début de ce siècle : Sternberg, en Allemagne; Stewart, en Amérique; Guyon, Le gueur, Sourdille, en France, attirèrent de nouveau l'attention sur ce sujet. Les formes gastriques et intestinales du rein mobile furent bien mieux décrites, et nous n'insisterons pas sur les innombrables travaux auxquels elles ont donné lieu. Par contre, il n'existe que des articles épars sur les formes gastro-intestinales des hydro-néphroses, des reins polykystiques, des pyélonéphrites, de la tuberculose rénale; la forme péritonéale de la contusion du rein, les hémorragies périrénales à symptomatologie abdominale, les troubles abdomino-péritonéaux consécutifs aux interventions sur le rein, n'ont fait l'objet que d'études fragmentaires. Les recherches

bibliographiques sur des sujets aussi variés sont longues et difficiles: on nous pardonnera si, au cours de ces recherches, nous avons laissé échapper un travail important.

Après avoir réuni tous ces documents, nous nous sommes trouvé en présence d'une masse énorme de faits établissant l'existence indéniable de relations pathologiques entre l'appareil urinaire et l'appareil digestif. Dans cette étude nous nous efforcerons d'abord de rapporter ces faits, en les classant dans la mesure du possible, et sans aucun parti pris d'interprétation; ce n'est que dans la seconde partie de cette thèse que nous chercherons la pathogénie de ces phénomènes dans les rapports anatomiques et physiologiques qui unissent les reins à l'appareil digestif.

PREMIÈRE PARTIE

LES FAITS

I. - Syndromes abdominaux aigus d'origine rénale et périrénale

Généralités

Il n'est pas rare de constater, au cours d'affections rénales à évolution subaiguë, l'existence d'une réaction intestinale ou péritonéale passagère: ces cas ne peuvent évidemment tromper. Mais *il est des cas où, les phénomènes urinaires faisant défaut, ces troubles abdominaux ou péritonéaux constituent à eux seuls tout le tableau clinique*: si l'on ne sait pas à l'avance que le malade est porteur d'une affection rénale, il est alors bien difficile de songer au rein dans des circonstances où l'attention n'est attirée que sur l'abdomen.

Le plus souvent il s'agit de troubles abdominaux diffus: le ventre se météorise, le transit intestinal s'arrête, les vomissements sont incessants, la douleur est confusément irradiée à tout l'abdomen. Tantôt c'est l'arrêt des matières et des gaz qui prédomine, et l'apparition même de mouvements péristaltiques complète le tableau d'une *occlusion intestinale*, tantôt c'est la souff-

france du péritoine qui est au premier plan, et le ballonnement, la douleur diffuse, la contracture de défense font penser à une *péritonite*.

D'autres fois ces troubles sont plus localisés: douleur et contracture, localisées dans la fosse iliaque droite, simulent une appendicite; un syndrome de ce genre prédominant dans la région épigastrique fera redouter un ulcère perforé; dans la fosse iliaque gauche on parlera volontiers de *sigmoïdite*.

L'examen clinique tient toujours compte du rein, mais si les investigations ne sont pas résolument dirigées dans ce sens, elles resteront souvent négatives: les urines recueillies apparaîtront claires, et l'acide azotique n'y révélera pas d'albumine.

Quels sont donc les signes qui permettront de suspecter l'origine rénale de pareils syndromes, et devront pousser à pratiquer l'exploration systématique de l'arbre urinaire, sans laquelle le diagnostic est impossible.

CARACTÈRES GÉNÉRAUX DES SYNDROMES ABDOMINAUX

AIGUS D'ORIGINE RÉNALE

L'apparition de ces accidents est toujours brutale: en quelques heures, tous les éléments du syndrome sont réunis. On doit être frappé de voir un malade qui, la veille et les jours précédents, n'accusait pas de troubles digestifs, présenter subitement des vomissements incoercibles, du ballonnement et tous les signes d'une occlusion intestinale ou d'une péritonite. Ce début brutal, réunissant d'emblée tous les symptômes à leur maximum, est particulièrement net dans les accidents d'origine calculieuse.

En pleine crise il y a toujours *quelques signes qui peuvent faire penser au rein* : douleur à la pression dans l'angle costo-lombaire, irradiations sur le trajet des nerfs abdomino-génitaux; mais ces symptômes sont discrets et noyés dans un tableau clinique abdominal.

C'est surtout *l'intégrité remarquable de l'état général*, qui doit retenir l'attention du clinicien : tous les auteurs qui ont signalé des cas de ce genre (Quénu, Sternberg, Loeper, etc.) ont insisté sur cette particularité. Le facies est bon, quoiqu'angoissé, le pouls lent et bien frappé; à cause de cet état général excellent, la plupart des malades, dont l'observation est relatée ci-dessous, n'ont pas été opérés, quoique tous aient été à deux doigts de subir une laparotomie d'urgence. Le chirurgien reculait toujours, au dernier moment, devant l'acte opératoire, jugeant la symptomatologie de cette « occlusion » ou de cette « péritonite », assez bizarre; tout compte fait, le malade ne donnant pas l'impression d'être en danger, on temporisait un jour ou deux et l'accalmie finale survenait.

Cette terminaison est souvent aussi brusque que le début de la crise : après plusieurs fausses accalmies suivies de recrudescence des accidents, tous les symptômes disparaissent très vite, et le malade passe des pires angoisses à un état voisin de la santé. *L'apparition de signes urinaires* : élimination de sable ou de graviers, petite hématurie, etc., est souvent signalée à ce moment.

Cependant, au milieu de ce bien-être, les phénomènes digestifs survivent quelquefois, comme l'a montré Loeper, aux autres éléments de la crise; la langue reste sale, le ventre ballonné, l'appétit déficient, tant que la

débâcle des gaz et des matières n'a pas été complète (Obs. VII).

MOYENS DE DIAGNOSTIC

En présence d'accidents de ce genre, nous ne saurions trop répéter qu'un *examen banal des voies urinaires est impuissant à permettre le diagnostic*. L'observation macroscopique des urines, la recherche d'albumine et de pus sont insuffisantes. Il faut pratiquer un *examen chimique et microscopique complet* ; en particulier la recherche des hématies et des polynucléaires dans les urines centrifugées sera d'un secours précieux pour dépister la lithiase rénale latente. *On ne se contentera pas d'un seul examen* ; il est des observations dans lesquelles plusieurs recherches ont été négatives, et seuls les derniers échantillons d'urines prélevés au cours de la crise ont donné des résultats positifs.

Inutile d'insister sur la *radiographie* ; les calculs latents qu'elle seule a su découvrir ne se comptent plus.

Mais elle est parfois insuffisante. Le *cathétérisme des uretères* permettant l'exploration de la capacité des bassinets, et la *pyélographie*, doivent encore être utilisés. En somme, tous les moyens d'investigation urologique, dits de spécialité, doivent être employés ; de même qu'actuellement on ne prétend plus avoir examiné un poumon sans l'avoir ausculté et radioscopé, de même on ne peut plus parler d'examen rénal sans radiographie, pyélographie et cathétérisme des uretères avec analyse chimique et microscopique des urines séparées.

On a beaucoup insisté sur la collaboration, en chirur-

gie nerveuse, du médecin neurologiste et du chirurgien ; cette collaboration a donné les précieux résultats que l'on sait. En matière de chirurgie abdominale, l'aide de l'urologiste est aussi nécessaire et doit fournir des résultats aussi féconds.

Mais, dira-t-on, peut-on faire toutes ces recherches dans les cas aigus ? Oui, si, devant certains signes cliniques, on pense à l'origine rénale des accidents observés. Une série d'exemples sera bien préférable à toute discussion, et nous allons citer de nombreuses observations de maladies rénales se démasquant uniquement par des accidents abdominaux aigus.

CHAPITRE PREMIER

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'un calcul du rein ou de l'uretère

Encore une fois, il n'est pas question ici des douleurs abdominales, des crises de vomissements et des troubles du transit intestinal qui sont de règle au cours de toute colique néphrétique d'origine lithiasique. Ce qui est intéressant à noter, c'est *qu'il existe des coliques néphrétiques où les symptômes urinaires d'une part, les douleurs à irradiations classiques d'autre part, font entièrement défaut. La colique se traduit uniquement par des phénomènes abdominaux.*

Historique

Les anciens auteurs semblent avoir remarqué des faits de ce genre. On lit dans Arétée de Cappadoce :

« Les malades sont soufflés par les vents et ressentent
« des douleurs analogues à celles de l'accouchement.
« La langue est sale. Les malades ne vont pas du corps,
« et s'ils prennent quelque nourriture, ils la vomissent.
« A la fin, le caillou tombe dans la vessie, et alors
« s'écoule une quantité d'urine abondante, et pareille-
« ment s'évacuent les matières et les gaz. »

On trouve la trace de ces faits dans les *ouvrages de Morgagni* ; au milieu du XVIII^e siècle, Schaarschmidt, dans ses « Remarques sur les calculs du rein », rapporte deux observations, qui, bien que très incomplètes, sont assez significatives et fort intéressantes au point de vue historique.

OBSERVATION I

(SCHAARSCHMIDT)

Femme de 36 ans, obèse; avait depuis 10 ans, tous les matins à jeun, des vomissements ; elle fut prise d'accidents de ballonnement, de météorisme accompagnés d'angoisse. Après absorption d'une poudre digestive et d'une mixture diurétique, elle expulsa deux petits calculs dans son urine. Elle s'améliora aussitôt et le poulx devint plus plein.

OBSERVATION II

(SCHAARSCHMIDT)

Un homme de 50 ans, sanguin, ayant parfois souffert des lombes, fut pris d'une colique extrêmement violente avec vomissements très fréquents et diarrhée, douleur atroce dans le côté gauche. Il vomissait tout ce qu'il prenait. On ordonna

des poudres antispasmodiques, un lavement d'huile et un laxatif, qui lui firent expulser quelques petits calculs, après quoi il vit disparaître tous ses troubles.

Le silence se fit sur cette question pendant plus d'un siècle. En 1887, Desnos présente à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris deux observations d'« étranglement intestinal nerveux au cours de coliques néphrétiques ». En 1896, Wilms, dans son traité allemand de chirurgie, signale que les calculs rénaux donnent fréquemment lieu à des manifestations ressemblant à l'iléus par étranglement.

Mais ces cas restent isolés; Adenot rapporte un cas personnel de pseudo-occlusion au cours d'une colique néphrétique, et en 1898, c'est le seul cas que Bernard ait trouvé à citer dans une revue générale de la *Gazette des Hôpitaux*, sur les paralysies de l'intestin.

Cependant, en France, Guyon connaissait des faits semblables. Lui-même avait été victime, au cours de coliques néphrétiques, d'un pseudo-iléus, qui faillit déterminer Trélat à laparotomiser le Maître de l'Urologie. Pour cette raison sans doute, celui-ci fit écrire dans la thèse de Legueu: « Le ballonnement peut devenir si intense à chaque attaque de colique néphrétique, qu'on peut croire à première vue à une occlusion intestinale. »

En Allemagne, cette question n'est pas ignorée.

Israël écrit en 1901: « J'ai vu plusieurs fois des malades qu'on m'avait fait passer avec le diagnostic d'occlusion à fin de laparotomie, et chez lesquels il s'agissait simplement de coliques néphrétiques. »

La même année le médecin viennois Sternberg, dans un article très documenté, qu'on n'a fait que résumer depuis, insistait longuement sur ces faits, dont il fournissait plusieurs observations personnelles que nous aurons l'occasion de citer plus loin.

En 1905, un Américain, Stewart, reprend la question dans un article sur les obscurités que peut présenter le diagnostic des calculs du rein : il cite plusieurs cas nouveaux.

La thèse parisienne de Sourdille se contente d'enregistrer, en 1907, les observations de Sternberg et de Stewart, sans en fournir de nouvelles. Il faut arriver en 1913, à l'article magistral de Quénu, dans le *Bulletin Médical*, pour que la question soit étudiée à fond, avec, à l'appui, la célèbre auto-observation de l'auteur. Cet article déclencha plusieurs publications de Thévenard, Huguier, Loeper. Enfin, ces dernières années, on peut citer la communication de Mitry à la Société Française d'Urologie, celle de Séverin à la Société de Chirurgie de Breslau, et l'article de Frugoni dans *Il Policlinico*. Malgré tout, les documents restent rares sur ce sujet et l'on en trouve à peine la trace dans les traités classiques. Or, de l'aveu même de Guyon, Israël, Quénu, etc., ces faits ne sont pas rares et mériteraient d'être mieux connus.

Etude clinique

Nous essayerons de présenter la description clinique de ce genre d'accidents, en les classant d'après le type de manifestations abdominales qui y prédomine :

— *Formes généralisées simulant l'occlusion intestinale*, parmi lesquelles Quénu distinguait des formes légères, moyennes et graves;

— *Formes localisées*, simulant une affection aiguë de l'estomac, de l'appendice, du colon sigmoïde, etc.

I. — LA COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

A FORME D'OCCLUSION INTESTINALE

1. — *Formes légères avec apparition de signes urinaires vers le 2^e ou 3^e jour.*

OBSERVATION III (inédite)

Dûe à l'obligeance de M. le Docteur DELORE
Chirurgien des Hôpitaux

Occlusion intestinale aiguë symptomatique d'une colique néphrétique par lithiase urétérale droite.

Une femme de 30 ans, ayant eu plusieurs enfants sans incidents, n'avait jamais été malade, si l'on excepte plusieurs crises douloureuses qui avaient été qualifiées de coliques hépatiques.

En 1912, cette femme est prise brusquement de douleurs abdominales et hypogastriques prédominant du côté droit ; vomissements incessants, arrêt des matières et des gaz. Appelé auprès de la malade, le Docteur Delore constate un ballonnement intense, sans ondes péristaltiques ; pas de fièvre, pouls satisfaisant. A cause de l'intensité des douleurs et du ballonnement extrême, cette malade est transportée à la clinique avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. Sur le point d'opérer la malade, le Docteur Delore est frappé du

fait que le transport a amélioré plutôt qu'aggravé son état. Un *toucher vaginal* fait dans de bonnes conditions permet alors de percevoir un *calcul arrêté dans la portion juxtavésicale de l'uretère droit*. Il n'y avait cependant *aucun signe urinaire*, ni hématurie ni trouble de la miction, ni irradiation nette de colique néphrétique. Aucune intervention ne fut pratiquée, et la malade ne tarda pas à expulser un calcul, à la suite de quoi la guérison fut complète et s'est maintenue depuis lors.

OBSERVATION III bis. (Résumée)
(STERNBERG)

Colique néphrétique à symptômes d'occlusion intestinale.

Robert N..., 49 ans, n'a comme antécédent qu'une crise de rhumatisme articulaire.

Le soir du 5 mai 1898, il est pris d'une violente douleur abdominale et d'envies de vomir. Envies impérieuses d'aller à la selle mais pas d'évacuation, pas de gaz.

Je le vis le lendemain. Homme robuste paraissant assez jeune, il était assis dans un fauteuil; température 37°8, pouls à 92, plein. Rien aux organes thoraciques; le ventre est météorisé, partout sonore. Douleur très violente qui a son maximum à la pointe de la dixième côte et irradiée dans les lombes et le flanc gauche.

Les urines foncées, légèrement troubles, contiennent des traces d'albumine, des cellules de l'épithélium vésical, des cristaux d'acide urique, et quelques globules rouges.

Un lavement obtient quelques vents: le malade se sent un peu soulagé.

Le 7 mai, même situation. Le patient cherche dans son lit par diverses postures un soulagement à sa douleur: il remarqua qu'elle s'atténuait considérablement, quand il se plaçait

la tête en bas, au moyen d'un grand fauteuil appuyé contre le mur. Il passa une partie de la nuit dans cette position insolite. Ce fait montrait clairement que ces manifestations étaient dues à un corps étranger mobile (calcul du rein ou de l'uretère).

Après deux jours, disparition de la douleur, issue de vents, selles spontanées. Expulsion dans l'urine de deux calculs. Guérison.

OBSERVATION IV. (Résumée)

(WALTHER)

Il y a quelques années un professeur de notre Faculté, âgé alors de 60 ans et qui n'avait jamais eu de coliques néphrétiques, fut pris de douleurs lombo-abdominales, de gonflement du ventre et d'un arrêt momentané des gaz. Il fit lui-même son diagnostic, entaché d'erreur comme vous allez le voir, et s'imagina avoir une crise d'occlusion par tumeur du gros intestin. Il pria son ancien élève Walther de venir le voir afin que, le cas échéant, il lui pratiquât un anus iliaque. Le lendemain, le météorisme se dissipait et quelques jours après le malade expulsait un calcul.

Lucas Championnière fut appelé pareillement auprès de Terrier qui, pris de ballonnement et de douleurs lombo-abdominales, redoutait une occlusion intestinale. Là encore, la suite des événements prouva qu'il s'agissait d'une colique néphrétique.

Voici encore une série d'observations de coliques néphrétiques à forme d'occlusion intestinale; dans presque tous ces cas, on a constaté des symptômes d'iléus paralytique.

OBSERVATION V. (Résumée)

(THÉVENARD)

Coliques néphrétiques à symptômes d'occlusion intestinale.

Homme de 40 ans, vigoureux, ne présentant qu'un seul antécédent : une dysenterie en Indo-Chine.

Dans la nuit du 26 au 27 mai 1910, il est réveillé brusquement par une douleur suraiguë en barre à l'hypogastre, bientôt irradiée à tout l'abdomen. Il a en même temps des épreintes rectales et des vomissements bilieux, puis porracés.

A 6 heures du matin, la douleur est plus sourde, gravative, localisée dans la fosse iliaque gauche. Le faciès est grippé, le pouls à 130; l'abdomen, très ballonné, tympanique, n'est pas douloureux sauf dans la fosse iliaque gauche. Le médecin, pensant à un iléus, envoie le malade en chirurgie.

Il est vu à 11 heures. On est frappé par la distension considérable de l'abdomen, qui est uniformément tendu, et rend partout à la percussion un son tympanique très net. Matité hépatique conservée ; palper non douloureux sauf sur la région hypogastrique ; pas de défense, toucher négatif. Le pouls est à 80, la température à 38 ; le malade n'a pas vomi, mais, depuis la veille, il n'a émis ni urines ni gaz.

On fait un cathétérisme qui ramène une cuillerée à soupe d'urines foncées, mais non sanglantes. Pensant à une colique néphrétique, on palpe soigneusement les régions lombaires ; seul le côté gauche est douloureux.

On laisse le malade en observation, et, puisqu'aucune amélioration ne survient (ballonnement persistant, pouls à 120, température à 38, faciès grippé, pas de gaz), on se prépare à une intervention, lorsque, dans la nuit, il y eut une abondante émission d'urines avec grand soulagement ; les urines n'ont pu être examinées.

Ce n'est que dans la matinée que le malade fit des gaz et que le ventre revint à un volume normal.

A la radiographie, on aperçut deux calculs dans l'uretère droit. A noter que le malade souffrait à gauche.

OBSERVATION VI. (Résumée)

(THÉVENARD)

Colique néphrétique à symptômes d'occlusion intestinale.

Homme de 75 ans, amené pour être opéré d'obstruction intestinale, l'accident date de quatre jours. Le début s'est fait, au sortir de table, par des douleurs violentes, bientôt localisées à droite de l'abdomen. En même temps, le ventre se ballonne ; il n'y a pas de vomissements.

A l'entrée, ballonnement uniforme de tout l'abdomen, tympanisme, matité hépatique conservée. Palper douloureux dans la région appendiculaire ; ni selles, ni gaz ; urines foncées, mictions douloureuses, fréquentes, peu abondantes. Pouls à 110, température à 38. Facies calme, langue un peu sèche.

Par un interrogatoire très poussé, on apprend que le malade a eu des coliques néphrétiques.

On ordonne des applications chaudes, un lavement de chloral et des diurétiques ; le soir même, débâcle d'urines et de gaz, (plusieurs graviers). Le malade, remis, part le lendemain.

OBSERVATION VII

(RENDU, *France Médicale*, 1888)

Colique néphrétique à symptômes insolites.

Le 30 décembre dernier, se présentait à la consultation de Necker, un homme robuste, âgé de 55 ans, qui paraissait en proie à de vives souffrances. Il racontait que, la veille au soir, sa journée de travail finie, il remontait l'escalier de son

logis, quand il avait été pris d'une douleur violente dans le testicule droit, étendue bientôt aux reins et à l'abdomen. Dans la nuit, il avait eu un vomissement et une garde-robe, celle-ci accompagnée de coliques et d'un peu de diarrhée. Depuis, les souffrances avaient été en augmentant, sans nouvelle émission de matières fécales.

Le malade était apyrétique, et cette histoire de douleur initiale testiculaire avec irradiations au ventre et vomissements était si classiquement celle du début d'une colique néphrétique que je portai sans hésiter ce diagnostic. Le lendemain, les choses avaient changé, et le diagnostic, si évident la veille, paraissait beaucoup moins clair. Le malade se présentait en effet avec le facies abdominal : les yeux creux, la figure tirée, le teint terreux ; il était tourmenté par une soif vive et la langue était sèche. Par dessus tout, un ballonnement énorme distendait la paroi du ventre. Depuis son entrée à l'hôpital, le malade n'avait pas uriné ; il n'avait même, disait-il, rendu ni garde-robe, ni gaz. *L'aspect général était celui d'une péritonite ou d'une obstruction intestinale.*

L'examen des signes physiques donnait les résultats suivants : le ventre était uniformément distendu, sans pointer en avant comme dans les obstructions du grêle, et sans déborder latéralement comme dans celles du gros intestin ; on ne voyait pas se dessiner sous la paroi abdominale, les anses intestinales, et la palpation ne développait pas ces mouvements de contraction et de reptation des anses, si caractéristiques dans certains cas d'étranglement interne. *La masse intestinale semblait plutôt immobilisée comme dans la péritonite.* La palpation révélait un maximum de douleur très manifestement localisé au niveau de la fosse iliaque, vers la région de l'appendice coecal, et, en ce point, la douleur était presque intolérable, ce qui rendait l'examen difficile. La percussion donnait un tympanisme considérable à ce niveau, mais, en déprimant lentement la paroi, il semblait qu'on sentit profondément une résistance circonscrite, comme cela se

voit au début d'une typhlite. Tous ces signes étaient en quelque sorte contradictoires.

Le ballonnement uniforme du ventre et l'immobilité des anses donnaient l'idée de la péritonite, que démentaient l'absence de vomissements et surtout l'absence de fièvre. La localisation de la douleur à la région iléo-coecale faisait songer à une typhlite, mais le ballonnement du ventre était bien considérable, étant donné que cette affection débutait : la fièvre manquait, ce qui ne se voit presque jamais dans les inflammations coecales à début brusque. Restait l'hypothèse de l'obstruction intestinale, que semblaient justifier l'apparence générale, l'aspect abdominal du malade, l'apyrexie, la constipation absolue et l'anurie, mais que démentait la forme du ventre, l'absence de vomissements et l'immobilité des anses. Sans oser me prononcer catégoriquement, j'éliminai l'hypothèse d'obstruction intestinale et de péritonite, et je restai indécis entre une colique néphrétique et une typhlite. Je fis appliquer 8 sangsues sur la région du coecum, un large cataplasme laudanisé, et je prescrivis une potion fortement opiacée pour diminuer la douleur abdominale.

Dans la nuit, les souffrances furent vives, mais moindres que la nuit précédente ; et le lendemain matin le malade rendit, à ma vive satisfaction, un calcul d'acide urique, mamelonné, de la grosseur d'un pois environ. Il s'agissait donc d'une colique néphrétique, et je m'attendais à voir tomber en quelques heures, tous les symptômes abdominaux.

Il n'en fut rien : malgré l'émission d'un calcul, le ventre demeura météorisé et douloureux, avec le même caractère : on sentait manifestement la résistance que l'on soupçonnait la veille. Un purgatif de 10 gr. d'eau-de-vie allemande fut administré le 2 janvier, qui amena une débâcle énorme de matières fécales. Il y avait évidemment rétention stercorale, et c'est ce qui donnait lieu à ces phénomènes de météorisme et de douleur coecale.

Malgré le soulagement produit par cette évacuation, le

ventre resta encore tendu et ballonné, mais de moins en moins douloureux, pendant deux jours ; à partir du 5 janvier, il commença à s'affaïsser, et le 9, le malade quittait l'hôpital absolument guéri.

2. *Formes moyennes, avec persistance des signes d'occlusion pendant 3 à 8 jours, avec signes urinaires absents ou larvés.*

OBSERVATION VIII. (Résumé)
(DESNOS)

« *Etranglement intestinal nerveux* » au cours de coliques néphrétiques.

Homme de 57 ans. A 35 ans, il a eu des manifestations goutteuses ; à 36 ans, une colique néphrétique suivie d'expulsion de sable rouge. C'est un arthritique.

Il y a 11 ans, une crise de colique néphrétique fut suivie de vomissements qui, au lieu de cesser, devinrent verdâtres, puis stercoraux. Pendant 3 jours, ni gaz, ni matières. Péan proposa une « gastrotomie » ; le malade refusa, et quelques lavements amenèrent la guérison.

Au moment où il est vu, en 1886, il a une violente douleur lombo-inguinale du côté droit, accompagnée de vomissements. Le ventre est dur, ballonné ; arrêt des matières et des gaz.

Le lendemain, l'état s'aggrave ; l'intestin est très ballonné, et dessine ses circonvolutions sous la paroi. Les urines sont abondantes avec un peu de sable et 5 ou 6 petits graviers. La température est à 37, 5.

Monod qui voit le malade songe à une laparotomie. Mais on fait des lavements électriques qui amènent une débâcle le quatrième jour.

OBSERVATION IX
(QUÉNU)

Colique néphrétique à forme d'occlusion intestinale.

M. X..., chirurgien de 60 ans, habituellement très résistant et en somme d'une bonne santé, malgré un passé de coliques hépatiques remontant à 10 ans et non reparues depuis 8 ans, avait fait une grippe très légère au début de décembre, grippe qui ne l'avait pas arrêté dans ses occupations, et pendant laquelle il n'avait présenté aucun phénomène intestinal. Non fumeur, très sobre, buveur d'eau, il ne mangeait de la viande qu'à un repas. Ses fonctions intestinales étaient très régulières, et les fonctions gastriques assez bonnes.

Le 27 décembre, à 5 h. 30 du soir, en rentrant chez lui, il fut pris soudainement d'une violente douleur dans le flanc gauche, douleur d'une telle intensité qu'il fit immédiatement prier son ami, A. Mathieu, de venir le voir. Il raconta à M. Mathieu qu'il avait eu une matinée très fatigante et que de plus il avait pu prendre froid en visitant une bâtisse en construction. Dans l'après-midi, ayant voulu se reposer et se coucher sur le côté gauche, il en avait été empêché par une sensibilité lombaire assez prononcée, mais il avait pu sortir et ce n'est qu'en rentrant qu'avait éclaté la crise. Il accusait encore une sensation de gonflement gastrique et des éructations fréquentes. Il indiquait nettement comme siège de la douleur, la région immédiatement située sous la dernière côte, tout contre la colonne vertébrale, et aussi le onzième espace intercostal. La douleur était pongitive, très violente, accompagnée à certains moments d'une sensation de battements ; elle obligeait le malade à s'asseoir dans son lit, le corps plié en deux, les genoux en flexion extrême. Il n'existait aucune irradiation, ni sur le trajet de l'uretère, ni le long du cordon ; le testicule n'était pas sensible, ni rétracté ; mais des irradiations horizontales, en ceinture ga-

gnaient en avant, une région située derrière le segment supérieur du muscle droit, du côté gauche, et s'accompagnaient d'une contracture, d'une véritable rigidité des muscles de la paroi abdominale, contracture limitée au côté gauche et accentuée surtout à la partie supérieure. Aucun vomissement, aucune nausée, pas de dyspnée, pas de toux, mais, pendant la crise, la cage thoracique est complètement immobilisée, et la respiration est courte et assez fréquente. Apyrexie complète ; le début de la crise a été aussi marqué par un besoin d'aller à la garde-robe suivi de résultat. Lorsque son ami Mathieu entra dans la chambre, la première réflexion du malade fut celle-ci : si j'avais les irradiations douloureuses ordinaires, je penserais avoir une colique néphrétique.

Le Docteur Mathieu fit un examen minutieux de tous les organes, et constata à l'auscultation l'existence de petits frottements à la base pulmonaire gauche. Traitement : sinapismes et injection de 1 centigramme de morphine. Le lendemain, 28 décembre, il y eut trois crises d'une durée de 4 à 5 heures chacune, toujours des douleurs irradiées dans le sens vertical ; tout au plus put-on noter une émission plus répétée, mais peu abondante d'urines. Les frottements pleuraux s'entendaient encore et sur une surface plus étendue, de la grandeur d'une paume de main ; cela exactement au niveau du cul-de-sac costo-diaphragmatique. Le maximum de douleur à la pression par l'oreille, correspondait justement au point où l'on entendait le plus de frottements.

29 décembre, même état : crises répétées avec de courts intervalles de repos. Les Docteurs Decloux et Touchard qui remplacent Mathieu absent, observent les mêmes bruits anormaux à la base gauche. Les douleurs pendant les crises semblent au malade absolument pariétales ; elles ont été légèrement calmées par des applications de chloroforme et laudanum ; comme il y a eu une grippe antérieure, tout le monde porte le diagnostic de pleurite du cul-de-sac costo-diaphragmatique.

Cependant, dès le 29 décembre, le malade commence à attirer l'attention des médecins sur un peu de distension gazeuse, et surtout sur ce fait que depuis le 27 au soir il n'a rendu aucun gaz et qu'il n'entend aucun bruit dans le ventre, qu'il y a *une sorte de silence abdominal* auquel il n'est pas habitué. On explique cet arrêt par l'action inhibitoire exercée par le petit foyer de pleurite.

Le 30 décembre, une bonne cuillerée à café de sels de Carlsbad ne donne aucun résultat. La région lombo-abdominale reste douloureuse d'une manière continue, avec paroxysmes de 5 à 6 heures de durée plusieurs fois dans la journée. Pendant ces crises le patient a une sensation de spasme viscéral, mais la rigidité absolue de la paroi l'empêche de vérifier ou de laisser vérifier l'état de l'intestin.

Le 30 au soir, visite de M. Duval qui constate un certain degré de tympanie ; le côlon iliaque est lui-même distendu par des gaz.

Le 31 seulement, surviennent des évacuations de matières et de gaz ; une troisième évacuation est accompagnée de ténésme rectal.

Le 1^{er} janvier, les frottements de la base gauche du poumon ne s'entendent plus, le ventre est souple. Vers 9 heures du matin, nouvelle crise douloureuse violente, avec les mêmes caractères. On doit faire une piqure de morphine vers le soir. C'est la troisième piqure de morphine faite depuis le début des accidents ; le pyramidon, la belladone n'ont amené aucun soulagement.

Le 2 janvier, la situation s'améliore ; il n'existe plus ni douleur, ni troubles intestinaux. Garde-robe en purée.

Le 3 janvier, aucune douleur, la guérison paraît complète.

Les 4 et 5 l'état satisfaisant se maintient.

Le 5, le malade qui redoute la stase intestinale a pris une demi-cuillerée à café de sels de Carlsbad. Dans la nuit, crise moins violente que les précédentes ; pas de morphine ; un peu de fièvre, 38,5.

Les 6 et 7, état assez satisfaisant, garde-robe en purée.

Le 8, très bonne journée, le malade peut même sortir et voir quelques malades.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier, à 4 heures du matin, violente crise, avec les mêmes caractères que les précédentes ; cette crise très pénible dure 16 heures. Le malade, obéissant à ses médecins, n'a pas fait d'injection de morphine. A partir de cette crise, *arrêt complet des gaz* ; éructations, silence abdominal, ventre un peu tendu.

Le 10, pas d'émission de gaz. Le soir, à 9 heures, consultation qui réunit les Docteurs Chauffard, Mathieu, Decloux et Duval. Dans la journée, crise moins forte que la veille.

Le 11, les mêmes consultants, auxquels s'est joint le Docteur Touchard, qui n'a du reste pas cessé de suivre le malade, se réunissent à nouveau ; ils constatent encore du ballonnement dans tout le trajet du gros intestin. Le malade n'a pris qu'un peu d'eau et de lait depuis plus de 48 heures ; il se sent extrêmement affaibli ; les traits sont tirés ; apyrexie. Un lavement a ramené un ou deux gaz ; peut-être le ballonnement est-il un peu moins accentué que la veille. Néanmoins, *les médecins jugeant qu'une indication d'intervention chirurgicale pourrait surgir d'un moment à l'autre, conseillent au malade qui l'accepte, le transport dans une maison de santé*. Dans la soirée et la nuit, émission de gaz.

Le 12, détente complète, le ventre est souple, pas de crise.

Le 13 matin, urines : 930 grammes ; la religieuse remarque un dépôt de sable sur le vase de nuit. Jusqu'ici le diagnostic était resté en suspens. La possibilité d'un obstacle sur le gros intestin, l'anse sigmoïde par exemple, était admise, et on songeait à compléter l'examen par une rectoscopie et un examen radioscopique. L'examen du rectum fut négatif, mais l'analyse des urines orienta le diagnostic dans une voie différente. Faite par M. Tulasne (900 gr. en 24 heures), elle révéla l'existence de nombreux et volumineux cristaux d'acide urique, une proportion de 0,819 d'acide urique par litre, et quelques traces très légères d'albumine.

Dans la nuit du 13 au 14, il y eut une petite crise très atténuée, d'une demi-heure seulement de durée. Le lendemain matin, *la sœur découvrit dans le vase de nuit un petit calcul*, du volume et de la forme d'un pépin de pomme, et paraissant de composition urique.

A partir de cet instant, et sauf quelques vagues et passagères sensibilités dans la région lombaire, les douleurs disparurent et le malade put s'alimenter. Il quittait trois jours après la maison de santé et allait faire une convalescence à la campagne, très fatigué et maigri par une série de crises douloureuses, qui l'avaient fortement éprouvé. Depuis l'expulsion du calcul, les fonctions intestinales ont repris leur régularité habituelle.

OBSERVATION X. (Résumée)

(GOSSET cité par QUÉNU)

Occlusion intestinale aiguë symptomatique d'une colique néphrétique.

Lord R..., 65 ans, entre dans une clinique de Paris en 1912, amené de Londres pour une occlusion intestinale d'autant de trois jours. Les accidents ont débuté par une violente douleur lombo-abdominale gauche. Actuellement le ballonnement est extrêmement accentué, il n'y a eu ni selle ni gaz depuis 48 heures, il n'y a cependant pas de vomissement, la température est normale, pouls à 108.

Radioscopie (Docteur Bensaude). On voit une sorte de *coudure à la partie inférieure de côlon descendant*, point où souffre le malade. On hésita à intervenir, finalement l'*analyse des urines montra la présence de globules rouges*. Le diagnostic de colique néphrétique posé sur ce symptôme fut confirmé par l'obtention rapide d'une débâcle à la suite d'une purgation.

En somme : crise de colique néphrétique fruste avec douleur urétérale gauche ; signes d'occlusion intestinale ayant duré cinq jours sans phénomènes vésicaux ; phénomènes réflexes intestinaux avec spasme du côlon descendant occupant la première place et masquant les phénomènes urinaires réduits au minimum.

OBSERVATION XI

(MOUTIER)

Colique néphrétique avec arrêt des matières et des gaz ayant simulé l'occlusion intestinale. . . .

Le 3 août 1911, je fus appelé auprès d'un homme de 65 ans en proie à des douleurs abdominales atroces ; ces douleurs avaient éclaté brusquement, la veille ; elles étaient déchirantes, généralisées à tout le ventre, mais plus accentuées dans le flanc gauche. Elles étaient continues avec paroxysmes et accompagnées de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Elles irradiaient en ceinture, spécialement vers le flanc droit. Aucun retentissement vers le thorax, les membres inférieurs ou les parties génitales.

Le ventre était très météorisé, le gros intestin distendu, clapotage léger des anses intestinales. Dans le flanc gauche on sent aisément une tumeur mollassse, du volume d'un poing d'adulte, douloureuse et paraissant être le point de départ des phénomènes douloureux. Le malade est légèrement constipé depuis plusieurs jours, il ne rend plus de gaz depuis le début des douleurs ; il aurait eu déjà deux crises analogues, avec constipation, de durée indéterminée.

Le 4 août, pas de gaz ; le météorisme n'a pas augmenté. Une intervention est proposée et acceptée. Le Docteur Labey, chirurgien des hôpitaux, soupçonna une sténose organique

aggravée par une accumulation de matières au-dessus de l'obstacle.

Le 5, à 6 heures du matin, reprise des douleurs et contractions vives de l'intestin. La tumeur est toujours perceptible. On administre 40 grammes d'huile de ricin et plusieurs lavements huileux et glycerinés. A la fin de la matinée, il se produit une débâcle de matières fétides : scybales et matières pâteuses mélangées. La tumeur a totalement disparu, le météorisme a diminué. M. Moutier pense qu'il s'est agi simplement d'une occlusion stercorale, tout en demeurant surpris de l'intensité des douleurs.

Le 5 août, crise douloureuse violente ; il est aisé de sentir le pôle inférieur du rein gauche qui est douloureux.

Les jours suivants il persiste quelques coliques, puis le malade rend du sable en quantité notable par les urines.

En 1912, il a eu une crise assez légère, également accompagnée de constipation et de ballonnement, sans aucune espèce d'irradiations inguino-scrotales.

OBSERVATION XII

(DREYFUS)

Iléus paralytique au cours d'une colique néphrétique.

Il s'agit d'un malade de 76 ans, qui fut pris dans la nuit du 22 janvier 1913, d'une crise douloureuse extrêmement violente. Homme énergique habituellement, le malade se roule dans son lit, crie et pleure. La douleur siège surtout en arrière et à droite, dans la région rénale, sans irradiation, mais deux heures avant l'éclosion de la crise, le malade avait été réveillé par une violente douleur à l'extrémité de la verge. On diagnostique une crise de colique néphrétique. Applications chaudes et 1 cgr. de morphine.

Le 23 au matin, disparition de la douleur lombaire, fosse iliaque droite un peu douloureuse. Température 39°2. Pas de selles ni de gaz depuis la veille; lavement sans résultat. Le 23 au soir, même état, malgré l'administration de suppositoires et d'un lavement.

Le 24, 38°5, douleurs disparues sauf à la pression en arrière, au niveau du point rénal. Toujours ni matières ni gaz; l'administration de 40 gr. de sulfate de soude reste sans résultat.

Le 25, 39, pouls à 92, ventre fortement ballonné, ni matières ni gaz. L'état général s'affaïsse un peu. Administration de 30 gr. d'huile de ricin sans résultat.

Le Professeur Vidal, mandé en consultation accepte le diagnostic de paralysie intestinale réflexe consécutive à une colique néphrétique, « parce que tout peut se voir »; il conseille une nouvelle purgation avec l'eau de Janos, mais engage, si la situation se prolongeait, à voir un chirurgien.

Le 26, même état, ni gaz ni matières, ventre très distendu. Le Professeur Chauffard reconnaît dans l'historique de la maladie une situation qu'il connaît, confirme le diagnostic et conseille la morphine, l'eau de Contrexéville et l'uraseptine. On fait procéder à une analyse d'urine et l'on y trouve quelques globules rouges.

Le 27, eau de Contrexéville, aucun changement.

Le 28, le malade rend des gaz pendant la nuit et il a une abondante hématurie. Pas de selle.

Le 29, soit après huit jours de constipation opiniâtre présentant tout à fait les allures d'une occlusion intestinale, une première selle dure est obtenue à l'aide d'un lavement. Pas d'élimination de calcul. Depuis, le malade a des garde-robes avec un simple lavement; il existe un peu d'infection des voies urinaires.

OBSERVATION XIII (résumé)

(LOEFER)

Crise d'obstruction intestinale (suppression des gaz pendant trois jours et des matières pendant dix jours) symptomatique d'une colique néphrétique. Apparition tardive des signes urinaires.

Un homme de 37 ans ressent subitement, le 21 mars, à la suite d'un refroidissement, une douleur dans l'hypochondre droit qui s'irradie en ceinture et persiste pendant deux heures. Cette douleur reparait presque chaque jour 1 à 3 heures après les repas, assez régulièrement entre 1 et 5 heures du matin, et s'accompagne à 3 reprises, le 26, le 28 et le 29 mars, dans la nuit, de bradycardie notable (42) et de vomissement de liquide acide. Elle occupe la région sous-hépatique et ombilicale, et la région costale inférieure droite, et se fait parfois sentir également en arrière dans l'angle costo-lombaire, à tel point que le malade se met instinctivement dans le décubitus latéral, les jambes légèrement fléchies, le côté appuyé sur une bouillotte brûlante.

Jusque là, aucun symptôme intestinal ou urinaire. Les selles et les urines sont normales.

Le 1^{er} avril, une crise plus forte survient à 5 heures du soir, qui se renouvelle à plusieurs reprises la nuit et les jours suivants. Cette fois, le ventre est ballonné dans la région de l'hypochondre droit, les selles sont nulles, et pendant trois jours aucun gaz n'est rendu. On porte le diagnostic de colique hépatique, puis de colicolite spasmodique.

Le 3 avril, une piqûre de morphine est nécessaire et amène une détente passagère, d'ailleurs agrémentée de vomissements. Pendant 8 jours, la douleur persiste et les urines examinées

quotidiennement révèlent une notable augmentation de l'acide urique, 0,91 et 1,20 par litre, avec sable assez abondant et quelques leucocytes.

Le fonctionnement intestinal est nul, l'impossibilité d'émettre des gaz absolue pendant la recrudescence de ces douleurs, c'est-à-dire pendant 8 à 10 heures par jour. Les lavements, lavages, laxatifs huileux ou autres ne font qu'exagérer les douleurs et le météorisme. Le pyramidon et la belladone seuls produisent des détentes passagères où l'émission des gaz est possible et semble soulager le malade.

Le 12 avril, les douleurs cessent subitement à 10 heures du soir, et l'on trouve quelques hématies dans l'urine. Le lendemain se produisent enfin deux évacuations intestinales abondantes; les crises douloureuses s'espacent, mais reparaissent encore à peu près périodiquement, après le déjeuner et dans la nuit et sont souvent suivies de selles muco-membraneuses. Le 26, survient une véritable hématurie.

A dater de ce moment, la douleur lombaire se précise, la douleur intérieure se cantonne à droite de l'ombilic, puis s'abaisse encore et se localise définitivement dans la région appendiculaire. Des débauches diarrhéiques surviennent, qui contrastent singulièrement avec la coprostase persistante du début. Enfin, la crise urétérale s'affirme de plus en plus avec ses symptômes de rétention rénale, son ténésme vésical, sa dysurie, ses mictions extrêmement fréquentes, ses irradiations périnéales et scrotales exaspérées par le mouvement.

Une première radiographie ne fit voir qu'un énorme tympanisme de l'angle colique droit. Un nouvel examen fait le 4 juin montre, à l'extrémité terminale de l'uretère, deux petits calculs qui sont expulsés le 7 juin.

La guérison peut alors être considérée comme complète.

OBSERVATION XIV (Résumée)

(MITRY, de Nantes)

Anurie calculieuse et iléus réflexe guéris par la distension des bassinets.

Mme D..., 55 ans, est envoyée d'urgence pour anurie et occlusion intestinale datant de 4 jours. L'abdomen est uniformément douloureux, ses parois sont contractées. Vomissements incessants.

La présence d'antécédents lithiasiques, l'anurie (vessie vide), l'existence d'un point urétéral droit douloureux au toucher vaginal font porter facilement le diagnostic d'occlusion due à la colique néphrétique.

On exécute un cathétérisme urétéral des deux côtés. Les sondes n'ayant rien donné au bout de 20 minutes, on distend les deux bassinets avec une solution de nitrate d'argent au 1/1.000°. Aussitôt après cette distension, la malade émet par l'anus quelques glaires accompagnées de gaz.

La diurèse se rétablit progressivement après élimination d'urines extrêmement boueuses; l'intestin se vide également, mais demeure longtemps paresseux.

La radiographie ne montra qu'un petit calcul du volume d'un grain de blé dans l'uretère juxta-vésical droit et un peu de flou dans l'uretère gauche, reliquat de la bouillie calculieuse éliminée.

L'azotémie qui était de 1 gr. 47 après 4 jours d'anurie, retomba en quelques jours à 0 gr. 37.

3. — *Formes graves, ayant nécessité, par l'intensité ou la persistance des signes d'occlusion, une laparotomie exploratrice.*

OBSERVATION XV

(Due à l'obligeance du Docteur BONNIOT, chirurgien
des Hôpitaux de Grenoble)

*Occlusion intestinale aiguë due à la migration d'un calcul
urétéral gauche. Phlegmon périnéphrétique consécutif.*

Officier en retraite, M. R... a toujours joui d'une excellente santé.

En juillet 1926, il présenta brusquement une crise douloureuse abdominale débutant dans la région sus-pubienne gauche, puis les douleurs gagnèrent l'hypochondre droit, puis enfin l'hypochondre gauche. Cette crise douloureuse fut alors interprétée comme une colique néphrétique. Elle disparut complètement et M. R... reprit ses occupations, paraissant en parfaite santé.

En décembre 1926, il commença à présenter des troubles vésicaux avec pollakiurie et mictions incomplètes. Il est alors vu par le Docteur Martin, qui constate une grosse prostate, mais qui pense que les accidents sont dus à une poussée congestive, susceptible de rétrocéder sous l'influence d'un traitement médical, aussitôt institué. L'amélioration n'étant pas considérable, le malade se fait hospitaliser à l'hôpital Desgenettes, en mars 1927. Il est soigné par le Docteur Courboulès et suit pendant cinq semaines un traitement constitué par des massages de la prostate, lavements chauds et sonde à demeure pendant quelques jours.

A noter qu'à ce moment une radiographie de l'appareil urinaire est pratiquée et ne révèle rien, en particulier aucun calcul visible. Amélioré, M. R... reprend ses occupations.

Obligé de voyager souvent, il est pris, en avril 1927, comme cela lui est déjà arrivé plusieurs fois, d'un malaise avec vertiges et vomissements. Le Docteur Martin consulté à nouveau,

constate alors une rétention vésicale marquée, un peu d'infection urinaire et conseille fortement l'intervention. M. R... se fait alors hospitaliser à nouveau à Desgenettes, et le Docteur Courboulès pratique une prostatectomie en deux temps. Le premier temps le 8 juin 1927; le deuxième temps le 28 juin.

Le 20 août, alors qu'il se disposait à quitter l'hôpital, M. R..., est repris d'une crise douloureuse abdominale, ressemblant exactement à celle qui s'était produite en juillet 1926. Douleurs brusques, violentes, débutant dans la région sus-ombilicale gauche, puis s'irradiant vers l'hypochondre gauche. Cette crise dura quelques heures, puis tout rentra dans l'ordre. Mais il subsista une impression de malaise général avec courbature et M. R... partit se reposer et prendre l'air à Saint-Martin-d'Uriage, où il arriva le 5 septembre 1927.

Le 7 septembre 1927, brusquement après le repas du soir, les mêmes accidents douloureux se reproduisirent avec la même topographie et la même marche; mais beaucoup plus violents qu'ils n'avaient jamais été, s'accompagnant de vomissements, et leur intensité fut telle que le blessé perdit connaissance.

Cette crise douloureuse persista jusqu'au lendemain et, sur le conseil d'un médecin, le blessé fut transporté le 8 à Grenoble, où je le vis pour la première fois. Son état paraissait alors extrêmement grave; dans un état d'indifférence absolue, au point qu'il ne s'est jamais rappelé son transfert à Grenoble. Le blessé était pâle, les extrémités froides, le pouls petit et très rapide. Les douleurs présentées par intermittence donnaient l'impression de coliques. Le ventre était ballonné uniformément, particulièrement dans la région inférieure gauche. L'examen révélait du péristaltisme violent. En présence d'un pareil syndrome et n'ayant d'ailleurs alors que des renseignements très incomplets sur le passé du blessé, *je portai le diagnostic d'occlusion intestinale*, mais la gravité de la scène clinique contrastant avec le siège véritablement bas de l'occlusion (ballonnement généralisé) me fit craindre une occlusion-strangulation, en particulier un volvulus. Je pratiquai

donc, dès le 8 au soir, une *laparotomie* : le grêle et tout le côlon droit étaient extrêmement dilatés, mais nulle part je ne constatai ni étranglement, ni volvulus, ni tumeur. En suivant le gros intestin, je *constatai seulement que l'épiploon était fortement fixé au niveau de l'angle gauche*. Très gêné par la distension des anses, je ne pus ni libérer, ni extérioriser celui-ci et je me contentai de pratiquer un *anus iliaque droit*. Les suites opératoires furent très simples, le malade entièrement soulagé. Le 9 septembre se produisit une énorme débacle diarrhéique et dès lors les fonctions intestinales reprirent leur cours normal, une faible partie des matières seulement sortant par l'anus iliaque droit. Je me proposais donc quand le malade aurait retrouvé un état général satisfaisant, de pratiquer l'examen radiologique du tube digestif et jusqu'alors je laissais l'anus iliaque droit de sûreté.

Le 20 novembre, brusquement réapparition d'une crise douloureuse identique aux précédentes, avec épreintes, envies fréquentes d'aller à la selle sans résultat et grosse température : 39°5-40°.

Le 22 novembre, on note par l'anus iliaque droit, une *évacuation purulente très abondante* immédiatement suivie d'une sédation de tous les signes et du retour de la température à la normale.

Je profitai de cette accalmie pour faire pratiquer un examen radiologique, et de l'appareil urinaire, et du tube digestif. Cet examen fut entièrement négatif. La radiographie ne montrait aucun calcul et le transit intestinal fut entièrement normal. Je me proposai donc, malgré l'ignorance où je restais de la cause même des accidents, de fermer l'anus iliaque droit, très mal toléré par le malade. Sa fermeture fut réalisée très simplement par voie extra-péritonéale, le 10 décembre 1927.

Le 13 décembre, nouvelle crise douloureuse toujours identique, avec grosse température et apparition 4 jours après d'un *phlegmon périnéphrétique gauche qui fut incisé*.

A noter que les urines s'écoulaient par la plaie.

Le 10 janvier 1928, brusquement le blessé élimina des urines blanches comme du lait et le 3 janvier *une cystostomie montrait la présence dans la vessie, d'un calcul évidemment éliminé par l'uretère gauche* dont l'orifice était encore très rouge. Ce calcul, de la forme et des dimensions d'un petit noyau de datte, fut extrait par lithotritie le 11 janvier. Dès lors, la guérison fut rapide et complète.

Il s'est incontestablement agi de troubles intestinaux d'origine réflexe, dus à la migration de ce calcul. La grosse évacuation purulente par l'anus iliaque ne peut être interprétée à mon sens que comme l'évacuation intestinale d'un phlegmon péri-urétéral ou péri-néphrétique antérieur; ce qui reste incompris, c'est que le calcul n'ait été révélé à aucun moment par la radiographie.

OBSERVATION XV bis

(HUGUIER et PARVU)

Occlusion intestinale spasmodique (constatée par laparotomie) symptomatique d'une crise de colique néphrétique.

Dr., 28 ans, ne présentant pas d'antécédents pathologiques, à part une constipation ancienne; en particulier, pas de colique néphrétique antérieure.

Subitement, le 23 novembre 1912, à 3 heures du soir, il est pris d'une douleur violente dans la partie supérieure et gauche de l'abdomen, accompagnée de vomissements, de sueurs froides. La crise le surprend en plein Paris; courbé en deux, il gagne un fiacre et rentre chez lui. Là, il continue à souffrir et à vomir. Il lui semble que « son intestin est bouché au niveau du point douloureux ». Il croit à un empoisonnement par des pâtisseries.

Le soir, on le trouve toujours très anxieux; les vomissements sont aqueux et très fréquents; le pouls est à 90, la tem-

pérature à 36°3; le ventre est un peu ballonné, la sonorité exagérée dans la région sus-ombilicale, sur le trajet du côlon transverse. A la palpation, il existe à quatre travers de doigt à gauche de l'ombilic un point très douloureux, qui correspond dans la région lombaire sans autre irradiation.

On ordonne des compresses, un lavement, et des médicaments, qui sont aussitôt vomis.

Le lendemain, les douleurs sont semblables, le côlon est de plus en plus sonore; il n'y a ni selle ni gaz depuis le lavement de la veille; le malade vomit tout ce qu'il prend; les urines sont claires, non albumineuses.

Le soir, la douleur est encore plus vive: le malade est couché en travers sur le côté gauche. La température est normale, le pouls à 90, les urines toujours claires.

On élimine l'empoisonnement pour *penser à une occlusion*.

Le surlendemain, la douleur persiste avec sueurs froides, et vomissements verdâtres. Le malade a des éructations gazeuses, du hoquet, ses traits sont tirés, ses yeux excavés, il n'a ni selle ni gaz, son ventre est de plus en plus ballonné, tympanique, sans ondes péristaltiques; *ses urines sont claires*.

Le soir, le malade souffre toujours, pousse des gémissements; le ventre est ballonné, douloureux, et légèrement contracturé dans sa partie supérieure gauche; la flexion des cuisses est impossible. Ni selle ni gaz. Température à 38°. Pouls à 72. On conseille une intervention.

Le transport en voiture d'ambulance amène un soulagement de la douleur et une cessation des vomissements. Le malade peut monter seul dans sa chambre, il est plus calme, mais n'a toujours ni selle ni gaz. On diffère l'intervention.

Dans la nuit, il absorbe un peu d'eau, et il la vomit immédiatement. A 3 heures du matin, il a une crise douloureuse très violente, avec sueurs, angoisse, non calmée par la glace.

Le mardi 26 novembre (quatrième jour), pour la première fois, quelques gaz, mais la température est à 37°7, le pouls est plus rapide, le faciès tiré. La situation paraît grave.

Intervention : 26 novembre, 9 h. 20 du matin (Huguier et Fay)

Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. Côlon transverse pâle (volume d'un poignet), distendu, fait hernie; à son extrémité gauche son calibre se réduit brusquement (volume du doigt); pourtant pas d'obstacle mécanique. Le gros intestin est ainsi rétréci au niveau de l'angle splénique et sur tout le trajet du côlon descendant, puis il se distend à nouveau au niveau de la portion iliaque et pelvienne.

L'intestin grêle est examiné ensuite à partir de l'angle duodénojéjunal, il est légèrement distendu par rapport à un intestin normal, de coloration violacée, puis, après un trajet de 2 à 3 mètres, *sur une longueur de 1 m. 50 à 2 m. environ, le grêle prend un calibre extrêmement réduit, ressemble à un intestin de poulet*, a le volume d'un gros porte-plume; *il est pâle* et contraste ainsi par sa coloration et son volume avec le segment initial. Cette portion rétrécie se continue brusquement avec la portion terminale du grêle, qui, elle, est distendue jusqu'au cæcum. Le cæcum et le côlon ascendant sont distendus comme le transverse. Après avoir bien vérifié qu'il n'existe aucun obstacle mécanique, mais seulement de la contracture sur la partie moyenne du petit et du gros intestin avec paralysie des autres segments, le ventre est fermé en un plan, fil de bronze.

Dans les suites, le malade est très soulagé; sa température est à 36°8, son pouls à 80; les vomissements cessent, quelques gaz; ce n'est que le 30 novembre que la purgation est suivie de 3 selles liquides.

Examen neurologique: aucun signe central capable d'expliquer les troubles de la motricité intestinale. Seulement, signes de neurasthénie et de mélancolie.

Le 4 décembre, crise douloureuse violente à gauche. En urinant, le malade constate à la fin de la miction quelques gouttes de sang pur. Le 23 décembre, après une marche, il urine un petit calcul pyramidal, de 6 m/m de hauteur, à arêtes vives. Depuis, les douleurs et les troubles digestifs ont

complètement disparu. Deux radiographies de l'appareil urinaire ont été négatives (Docteur Béclère). La guérison est complète.

OBSERVATION XVI (résumée)

(VIGNARD, de Nantes) (*in Th. Lebesconte*)

Occlusion fonctionnelle au cours d'une colique néphrétique.

Le 24 septembre 1907, à 8 heures du soir, Mme P., 52 ans, sans antécédents particuliers, se couche en parfaite santé. Quelques instants après, elle est prise brusquement de violentes douleurs dans tout l'abdomen, particulièrement vives à gauche. La douleur est exclusivement abdominale sans la moindre irradiation dans la région lombaire. Vomissements alimentaires puis bilieux. Ni selles, ni gaz, de toute la nuit. La malade a des envies continuelles d'uriner mais chaque fois elle ne rend que quelques gouttes d'urine sans caractère particulier. Le médecin qui la voit dans la nuit constate un ballonnement considérable, mais la palpation n'exagère pas les douleurs. Il ordonne de l'élixir parégorique que la malade vomit.

25 septembre : Malade anéantie, douleurs moins vives, mais occlusion absolue. Une purgation est vomie, rien d'anormal dans les urines.

26 septembre : L'occlusion persiste, ventre très distendu, un Professeur de clinique médicale, appelé en consultation, ordonne une entéroclyse qui reste sans effet.

27 septembre : La malade a été envoyée à l'hôpital de Nantes. La douleur a presque disparu, mais le ballonnement persiste. L'urine, cette fois, a changé de caractère, elle est boueuse, sanguinolente. Bien que portant le diagnostic d'occlusion en rapport avec une colique néphrétique, le Docteur

Vignard, inquiet de l'occlusion absolument complète, croit devoir faire une *laparotomie exploratrice*. Il ne constate rien d'anormal du côté de l'intestin. Les suites, d'ailleurs, furent simples; la circulation des matières se rétablit presque immédiatement, ce qui confirme le diagnostic d'occlusion réflexe due au passage d'un calcul dans l'uretère.

OBSERVATION XVII

(GAYET et RICARD)

*Méga-uretère et lithiase ayant donné lieu à des accidents
répétés d'occlusion.*

S. Jean, 41 ans, employé de bureau, est entré le 28 juillet 1925 à l'hôpital de l'Antiquaille dans le service de M. le Docteur Desgouttes, suppléé par M. le Docteur Ricard, pour des accidents d'occlusion intestinale aiguë.

Le malade est sujet à des accès de fièvre paludéenne, tous les mois environ; il a de l'entérite chronique avec de petites poussées aiguës, et il a présenté de la dysenterie amibienne.

L'affection actuelle, précédée de petites crises antérieures de subocclusion, s'accompagnant d'irradiations douloureuses lombaires, a débuté le 18 juillet par des douleurs lombaires et une constipation absolue. Les douleurs, violentes, s'irradient, au moment de l'entrée, dans les fosses iliaques, à droite et surtout à gauche; ce sont des douleurs abdominales réveillées par la palpation. Depuis le 18 juillet, le malade n'a pas émis de gaz, n'a pas eu de selles, bien qu'il ait pris des lavements qu'il a gardés. Il a de l'anorexie et a vomi, non pas des aliments, mais de la bile.

A l'examen : facies terreux, abdomen ballonné et douloureux; un peu de clapotage cæcal. Le toucher rectal, douloureux, est négatif. Il semble exister parfois des ondes péris-

faltiques sur le grêle, au-dessus de l'ombilic. Aucun signe de péritonite.

Une intervention immédiate est décidée et pratiquée par M. Ricard, aidé de M. Clavel.

Rachianesthésie. Incision sous-ombilicale, qui sera prolongée au cours de l'opération au-dessus de l'ombilic. L'intestin n'est pas particulièrement distendu et on ne trouve pas d'obstacle sur son trajet. Mais on remarque, sous le péritoine pariétal gauche, une masse allongée depuis l'étage sus-ombilical jusque dans le petit bassin, où on ne peut la suivre jusqu'au bout. Elle est rénitente, tendue, du diamètre du côlon à peu près. Etant données sa situation et sa direction, on pense à un uretère distendu.

Le mésocôlon sigmoïdien étant très court et très rétracté, on est obligé de passer au travers pour l'aborder. On pratique une ponction avec une fine aiguille et on retire dans la seringue un liquide clair, jaune comme l'urine, inodore.

On referme le ventre.

Dès le lendemain le malade évacue des gaz, mais la débâcle n'est obtenue qu'après plusieurs injections de péristaltine et un lavement de rectopanbiliné. La cicatrisation est obtenue en 15 jours.

Le malade a eu plusieurs crises douloureuses nouvelles; le maximum siégeait dans la région lombo-iliaque gauche, avec irradiations dans la fosse iliaque gauche.

14 août : Une analyse d'urine donne 0,90 d'albumine.

17 août : Une crise douloureuse a été suivie d'une débâcle urinaire nette : urines troubles avec présence de pus (l'examen bactériologique n'a pu être fait). Depuis, les urines sont redevenues claires et leur évacuation normale. Mais il y a toujours des douleurs au niveau du rein gauche.

8 septembre : Le malade est évacué sur le service d'urologie du Professeur Gayet.

9 septembre : Cystoscopie. Vessie saine, capacité normale. Méats urétéraux normaux, le gauche est légèrement plus

entr'ouvert que le droit. Cathétérisme facile de l'uretère droit jusqu'au bassin. A gauche, arrêt à 3 cm. de la sonde n° 13. On essaye une sonde à bout conique n° 12, elle est arrêtée au même point. Une sonde n° 10 s'enfonce à 5 cm, puis nouvel arrêt. On la laisse en place pour recueillir les urines du rein gauche. Examen microscopique de ces urines : pas de polynucléaires, pas de microbes.

	Rein droit	Rein gauche
Volume	38 cc.	55 cc.
Urée	7 gr. 50 0/00	5 gr. 45 0/00
Chlorures	13 gr. 57 0/00	6 gr. 20 0/00

La polyurie expérimentale donne :

	D	G
Première demi-heure	38 cc.	55 cc.
Deuxième demi-heure	72 cc.	96 cc.
Troisième demi-heure	155 cc.	102 cc.
Quatrième demi-heure	180 cc.	80 cc.

Nous tentons d'abord de pratiquer la dilatation de cet uretère rétréci, et le 17 septembre, on essaye de la cathétériser avec une bougie conique n° 10, elle file rapidement jusqu'au bassin. On essaye ensuite un n° 11 qui est arrêté, et quand on essaye à nouveau un n° 10, l'arrêt est complet à 3 cm., malgré l'injection de glycérine et de butelline.

Une seconde tentative n'est pas plus heureuse. Entre temps, le malade a fait une poussée de fièvre à 39°, qui a duré 4 jours.

7 octobre : Une radiographie révèle la cause de l'arrêt des sondes. Un calcul du volume d'une noisette, est décelé dans l'uretère pelvien gauche, au niveau du point d'arrêt.

14 octobre : Intervention sous anesthésie à l'éther (M. le Professeur Gayet). — Incision iliaque gauche, décollement du péritoine et recherche du point de bifurcation des vaisseaux

iliaques. Ce point est croisé par un organe cylindrique du volume du rectum. D'après les renseignements fournis, on pense qu'il s'agit de l'uretère dilaté, et on commence à le libérer.

Au cours de cette dissection, le péritoine est ouvert. Pour s'assurer qu'il s'agit bien de l'uretère, on agrandit l'incision par en haut, et on va chercher l'uretère dans sa portion lombaire. On retrouve là un organe très dilaté, on le ponctionne, il en sort une urine caractéristique. On fait alors une boutonnière sur la face antérieure, on explore avec une sonde cannelée le bout inférieur où l'on a le contact d'une pierre. Avec une longue pince on va saisir le calcul et on l'extraît très facilement. Suture à points séparés au catgut fin de l'incision urétérale. Mèche et drain. Suture de la paroi et de la peau.

Au cours de l'intervention, on a essayé le cathétérisme rétrograde de l'uretère, mais on n'est pas certain d'avoir pénétré dans la vessie. L'uretère avait au moins 6 cm. de diamètre.

Suites opératoires. — Les trois premiers jours, l'état du malade est très alarmant. Vomissements bilieux, pouls rapide, température 38°5, anses intestinales dilatées, ventre tympanique, douloureux. *C'est le tableau de l'idéus paralytique* et on pense à l'urémie comme cause possible. En effet, l'oligurie est marquée, 200 à 300 grs par jour. Une saignée pratiquée permet de *doser l'urée qui est de 1 gr. 02 par litre.* Traitement : Théobryl, ventouses sur la région lombaire, sérum glucosé en lavements. Le quatrième jour, l'état du malade s'améliore brusquement. Les vomissements cessent, la dilatation intestinale est bien moins marquée; le taux d'urines passe à 700 grs. La cicatrisation se fait normalement et la température est devenue normale dès le quatrième jour.

21 novembre : Un nouvel examen cystoscopique est pratiqué avec séparation des urines.

	Rein droit	Rein gauche
Volume	25 cc.	3 cc.
Urée	9 gr. 25 0/00	1 gr. 80 0/00
Chlorures ...	14 gr. 02 0/00	?

Le malade est revu en décembre, il est entièrement cicatrisé, ses crises douloureuses ont cessé complètement.

II. — ACCIDENTS ABDOMINAUX LOCALISÉS SYMPTOMATIQUES D'UNE COLIQUE NÉPHRÉTIQUE

OBSERVATION XVIII (Résumée) (STERNBERG)

Colique néphrétique à symptomatologie abdominale simulant l'appendicite aiguë

Il s'agit d'un médecin qui souffrait depuis longtemps de troubles digestifs. A l'âge de 28 ans, petit épisode de pollakiurie nocturne qui ne l'inquiéta pas et auquel il ne pensa plus.

A 31 ans, le malade fut pris de coliques, qu'on étiqueta du nom d'influenza à forme gastrique. Un soir après son repas, il dut aller visiter un malade; sur la route, il fut pris d'une violente douleur dans la moitié droite de l'abdomen. A part un court soulagement dû à une émission de gaz, cette douleur le tint toute la nuit et ne diminua qu'au matin.

Quatre ans plus tard, nouvelle crise douloureuse dans le côté droit du ventre, avec vomissements. En dépit de cela, le malade fit 10 minutes de chemin de fer; pendant le voyage, les selles et les gaz s'arrêtèrent, et plusieurs vomis-

sements se produisirent. De retour, il se coucha; la douleur du côté droit dura encore trois jours, puis disparut.

Neuf mois après, troisième crise. La douleur occupe toute la moitié droite de l'abdomen, avec irradiation dans la région lombaire et dans la cuisse droite. Le ventre est tendu, la douleur est nette au niveau du point de Mac-Burney. La température est à 38°6, le pouls à 100, l'anorexie est complète, nausées continuelles, ni selles, ni gaz depuis 48 heures. Il y a un peu de ténésme vésical, mais l'urine examinée ne contient rien d'anormal. On porte le diagnostic de colique appendiculaire. Quelques jours plus tard, le malade consulte à Vienne un chirurgien en renom qui diagnostique aussi une appendicite, et conseille une opération qui n'est pas acceptée.

Deux mois après, quatrième crise, douleur abdominale, coliques, diarrhée.

Le 27 avril 1899, c'est-à-dire trois ans après la dernière violente colique, survient, sans motif, une pesanteur douloureuse du rein, avec douleur au gland. Arrêt des gaz. Un maître chirurgien le voit à ce moment et ne trouve aucune lésion rénale. Trois semaines après, nouvelle crise, avec ténésme vésical et incontinence d'urine.

Enfin, huit jours après, le patient est pris d'une douleur violente et expulse avec l'urine un calcul allongé de la grosseur d'un haricot, ainsi que plusieurs autres calculs plus petits, de surface rugueuse, de couleur brune, de composition uratique. A partir de ce moment, tout rentre dans l'ordre et la guérison est définitive.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(STERNBERG)

Colique néphrétique simulant l'appendicite aiguë

L..., mécanicien, 30 ans, est pris, le 25 septembre 1900, de douleurs abdominales violentes, accompagnées de fièvre, de

vomissements, et d'arrêt des matières et des gaz. La moitié droite de l'abdomen était douloureuse, contracturée, la région iléo-cæcale très sensible à la pression. Dans l'urine on ne constata ni sang, ni sucre, ni albumine. Le 30 septembre, quelques matières sont évacuées.

Le 2 octobre, je trouve le malade dans l'intervalle d'une crise. Il est couché, abattu, couvert de sueurs, la langue sale, il n'a pas de fièvre, son pouls est à 80, plein et tendu. Le ventre est ballonné, douleur au point de Mac-Burney. On pensa successivement à une occlusion intestinale, à une colique hépatique, à une colique de plomb, à une indigestion, à un ulcère de l'estomac, à un néoplasme, à des adhérences péritonéales, enfin on s'arrêta au diagnostic d'appendicite. La région iléo-cæcale était douloureuse; mais le point maximum de la douleur n'était pas fixe. Localisée au point de Mac-Burney pendant la crise, elle était diffuse dans l'intervalle, ce qui faisait penser à l'hystérie ou à la colite muco-membraneuse.

On attendit, pour se décider, une nouvelle crise. Le malade s'aperçut de lui-même que la douleur s'atténuait considérablement lorsqu'il se plaçait sur le dos, et levait le plus possible le siège et qu'il tenait sa jambe droite en l'air. Ceci attira mon attention, et, d'après mes souvenirs de pratique antérieure, je diagnostiquai un calcul du rein. J'ordonnai le traitement indiqué (diurétiques, antispasmodiques, cures hydro-minérales) et le malade soulagé a pu reprendre son pénible métier.

OBSERVATION XX (Résumée)

(GRANT)

Calcul de l'uretère simulant une appendicite aiguë

Une femme de 47 ans est admise à minuit à l'hôpital Edouard VII pour appendicite aiguë. Après plusieurs semai-

nes de malaises mal définis, elle ressentait depuis huit jours une douleur abdominale violente accompagnée de vomissements et de constipation. L'examen montre de la contraction dans la moitié supérieure du muscle grand droit de l'abdomen du côté droit. Le point douloureux à la pression est un peu sus-jacent au point de Mac-Burney. Le diagnostic hésite entre une appendicite et une cholécystite aiguë.

Incision paramédiane droite; la vésicule et l'appendice sont normaux. La palpation fait percevoir un rein droit un peu gros, dont le bassinet est distendu. On ne sent pas de calcul dans le bassinet ni dans l'uretère et le reste de l'abdomen est normal

Cystoscopie. L'uretère gauche donne des urines normales, rien ne sort de l'uretère droit; dans celui-ci le cathéter est arrêté à un pouce et demi.

Radiographie : Deux petits calculs dans l'uretère droit.

Les calculs sont expulsés quelque temps après une injection d'huile d'olive par la sonde urétérale.

La patiente n'avait absolument pas de troubles urinaires, et ses antécédents étaient vierges de coliques néphrétiques.

Au Congrès d'Urologie de 1909, Le Fur a insisté sur la fréquente confusion commise entre le calcul de l'uretère et l'appendicite.

Diagnostic des formes abdominales de la colique néphrétique

Ces divers accidents devant entraîner une sanction thérapeutique tout autre que la laparotomie, il est capital de pouvoir les rapporter à leur véritable origine. Sur quoi se basera ce diagnostic ?

Et d'abord, il faut y penser; dans des cas de ce genre, rien n'attire l'attention sur l'appareil urinaire; il faut savoir qu'il peut exister un rapport de cause à effet entre un calcul entièrement latent du rein ou de l'uretère et les troubles observés du côté du ventre. Dans ces conditions, toutes les lésions des organes intra-abdominaux ayant été successivement écartées, on est amené à incriminer le rein.

Pour étayer cette hypothèse, on se basera sur quatre éléments de diagnostic :

1. L'existence d'antécédents calculeux;
2. La présence possible de certains symptômes;
3. Le mode d'évolution de la crise;
4. L'examen microscopique répété des urines.

1. LES ANTÉCÉDENTS CALCULEUX ne sont notés que trois fois sur 20 observations. Il ne faut donc pas s'attendre à les retrouver souvent; il y a pourtant des circonstances où un interrogatoire serré, dirigé dans ce sens, a permis à lui seul de poser le diagnostic. (Thévenard).

Fréquemment, au contraire, les antécédents notés sont d'ordre gastro-intestinal; cette circonstance est bien faite pour égarer le diagnostic. Il faudra analyser minutieusement les symptômes antérieurs, pour dépister l'origine de ces dyspepsies et de ces entérites chroniques dont le malade rapporte l'histoire. (Voir syndromes chroniques).

2. CERTAINS SYMPTÔMES peuvent éveiller le soupçon de colique néphrétique ; dans cinq cas existait un point douloureux lombaire, deux fois, on a trouvé un point urétéral inférieur, au *toucher vaginal*. Dans la moitié des observations, il y a une *prédominance unilatérale* remarquable des douleurs. Loeper insiste sur le *point douloureux siégeant à l'extrémité antérieure de la 11^e côte*; ce signe ne fut constaté que quatre fois. *La douleur abdominale peut être atténuée par telle ou telle position* prise par le malade; en particulier, c'est tantôt la flexion, tantôt l'extension de la cuisse qui paraissent susceptibles de l'influencer. Comme le fait remarquer Stern-

berg, cela fait penser à l'existence d'un corps étranger mobile à l'origine des accidents.

Les signes urinaires font défaut souvent, mais l'oligurie, un certain degré de pollakiurie, quoique de constatation fréquente au cours des divers syndromes abdominaux douloureux, doivent éveiller l'attention.

Les caractères mêmes de l'iléus ne sont pas en rapport avec son origine lithiasique : tantôt les signes sont ceux de l'iléus spastique (ondes péristaltiques vues deux fois, spasme constaté deux fois à la radioscopie, une fois par laparotomie), tantôt, et plus souvent, il s'agit d'iléus paralytique, avec ballonnement extrême et absence complète de péristaltisme, réalisant ce « silence abdominal » sur lequel insiste Quénu.

Enfin il est un signe différentiel de premier ordre, sur lequel l'attention est attirée par M. le Professeur Tixier : *dans la colique néphrétique à symptomatologie abdominale, on ne constate pas d'état saburral des voies digestives*. La langue n'est ni chargée, ni pâteuse, comme chez les malades porteurs d'une maladie gastro-intestinale proprement dite; la valeur de ce symptôme est énorme; il peut rendre de très grands services au clinicien.

3. LE MODE D'ÉVOLUTION de ces accidents abdominaux est des plus caractéristiques. Très souvent, *il porte le cachet de la lithiase*. Le début est très brusque dans la plupart des cas; la douleur lombaire a pu être la première en date. L'évolution se fait par crises successives, correspondant sans doute aux paroxysmes des contractions pyélo-urétérales, et séparées par des accalmies très marquées. Ce sont ces accalmies qui font hésiter soit le malade, soit le chirurgien, sur l'opportunité de l'opération, laquelle est remise le plus souvent jusqu'à la débâcle intestinale libératrice.

Comme tous les accidents dus à la lithiase rénale, ces troubles abdominaux sont influencés par les déplacements du malade, par les transports qu'on lui fait subir : ils sont, dans une certaine mesure, provoqués, comme les hématuries ou les

douleurs d'origine calculuse. Un malade de Sternberg est repris de phénomènes d'occlusion chaque fois qu'il voyage. Un médecin commence une crise de ce genre en allant faire une visite en voiture. D'autres fois, les secousses d'un véhicule ont un rôle favorable, désenclavant sans doute un calcul, et provoquent une débâcle à la fois intestinale et urinaire qui met fin à l'incertitude du diagnostic. (Obs. III, IX, XV).

Il est encore dans l'évolution de ces accidents, une particularité qui a été dénoncée par Loeper : les troubles abdominaux se manifesteraient en trois étages successifs au cours de la migration du calcul. Pendant la première phase de la colique, le calcul placé dans le bassin ou dans la partie supérieure de l'uretère donnerait lieu surtout à des vomissements; puis, au fur et à mesure de la descente du caillou, les phénomènes intestinaux (ballonnement, arrêt des matières et des gaz) deviendraient de plus en plus manifestes; enfin, le ténesme rectal annoncerait l'arrivée du corps étranger dans l'uretère juxtavésical. Ce mode de succession des phénomènes gastro-intestinaux ne ressort nettement que dans un petit nombre d'observations; il caractérise sans doute la colique néphrétique de migration vraie. Sa mise en évidence aurait évidemment un grand intérêt au point de vue du diagnostic.

4. L'EXAMEN DES URINES est sans résultat si l'on se contente d'un examen macroscopique et d'une simple recherche de l'albumine. *Il faut recourir au microscope*; la constatation de *globules rouges*, de *cellules épithéliales* appartenant au segment excréteur du tube urinaire, la découverte de *cristaux d'acide urique* a bien souvent permis le diagnostic de la colique néphrétique larvée.

Mais l'apparition de ces éléments anormaux dans l'urine n'est pas toujours précoce; il faut *savoir répéter de jour en jour l'examen microscopique*. Voici un cas très significatif (Loeper) où l'examen des urines fait jour par jour ne devint positif que très tardivement.

Malade en observation pour troubles douloureux abdominaux :

4 avril : Ni hématies, ni leucocytes, ni cellules épithéliales.

5 avril : Acide urique, 0 gr. 63, quelques leucocytes.

7 avril : Acide urique, 1 gr. 25, cristaux d'oxalate de chaux, quelques cellules rénales.

8 avril : Leucocytes, hématies.

Enfin, élimination de petits calculs.

Si l'on s'était contenté d'un ou deux examens microscopiques, le diagnostic n'aurait pas été posé à temps pour éviter une intervention inutile.

Eviter une intervention inutile est, en effet, le véritable intérêt qu'il y a à bien connaître et à savoir rapporter à leur véritable cause les accidents que nous venons de décrire. Nous sommes portés à croire qu'un certain nombre d'iléus paralytiques ou spastiques de cause restée inconnue doivent être attribuées à une affection rénale ignorée. Ces cas « d'iléus sans cause connue » ne sont pas rares ; les thèses de Célos, Chevallier, Henrot, Thiberge, Mondain, etc., en ont rassemblé un grand nombre ; en 1913, Lejars leur consacrait aussi une étude. Nous pourrions citer encore les travaux plus récents de Moore, Leube, Kroennecke, Florack, etc... Il est permis de dire qu'à l'avenir, lorsqu'un chirurgien rencontrera un cas de ce genre, il ne devra pas l'étiqueter comme « iléus fonctionnel » avant d'avoir complètement exploré l'appareil urinaire.

CHAPITRE II

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une tuberculose rénale

Il s'agit là de *faits assez rares*, dont nous n'avons pu rassembler qu'un petit nombre d'observations; il n'est pas sans intérêt cependant d'en reconnaître la possibilité.

Il existe des tuberculoses rénales à début aigu s'accompagnant de phénomènes péritonéaux et intestinaux granuliques: nous les laisserons de côté, car il s'agit moins là d'une maladie des reins que d'une atteinte de l'organisme tout entier. Nous avons en vue la tuberculose rénale proprement dite, et on peut citer des cas où, avant l'apparition des premiers signes urinaires, des accidents péritonéaux aigus ont été révélateurs d'une infection tuberculeuse latente du rein.

Doré a présenté, aux Congrès l'Urologie de 1920 et 1923, deux observations bien curieuses, dont voici le résumé:

OBSERVATION XXI (Résumée)
(DORÉ)

Tuberculose rénale, à forme péritonitique aiguë

L'auteur est appelé d'urgence en consultation auprès d'une jeune femme de 32 ans que l'on dit presque mourante. Les accidents ont débuté il y a neuf jours par des douleurs lombaires droites avec pollakiurie, ascension fébrile à 39°; la température continue d'osciller entre 39° et 40°. Dès le début se sont installés des symptômes de péritonisme avec vomissements porracés. Actuellement ces symptômes sont au premier plan de la scène clinique.

A l'examen, malade au facies péritonéal, température 40°5, pouls filiforme presque incomptable. Dès qu'on veut palper la paroi abdominale, grosse défense de la paroi dans toute la fosse lombo-iliaque droite. Cette douleur se propageant le long du trajet de l'uretère, on fait un examen bactériologique des urines, qui montre du bacille de Koch. Il faut noter que cette femme, qui était bien portante, n'avait présente aucun signe urinaire auparavant.

Devant la gravité de l'état général, l'impossibilité de faire une cystoscopie, on fait une *néphrectomie droite d'urgence par voie lombaire*.

Le rein enlevé fut trouvé bourré de *petites cavernes disposées surtout dans la région corticale*. Il existait aussi des suffusions sanguines dans le bassinet.

Suites simples; la température redescendit à 37° en 48 heures, il y eut disparition immédiate des vomissements et des signes péritonéaux. Guérison.

L'auteur fait suivre cette observation de commentaires dans lesquels il insiste sur l'allure clinique extrêmement bizarre des accidents observés. « J'ai trouvé, dit-

il, cette malade avec les signes fonctionnels d'une appendicite perforante et les signes généraux d'une fièvre typhoïde grave. Seul l'examen bactériologique était net. A noter qu'une inoculation avait tué le cobaye en 6 jours avec des lésions de tuberculose aiguë généralisée. »

L'auteur n'émet aucune considération pathogénique sur les accidents péritonéaux. Le résultat de l'inoculation éveille l'idée des phénomènes granuliques. Mais, cliniquement, on ne constata pas de réaction péritonéale ascitique; les lésions du rein droit, trouvées après néphrectomie, n'étaient pas des lésions de granulie; enfin la disparition immédiate des signes abdominaux après l'opération fait plutôt penser à des troubles réflexes.

OBSERVATION XXII (Résumée)

(DORÉ)

Tuberculose rénale droite ayant débuté par des accidents abdominaux aigus simulant l'appendicite

Il s'agit d'une femme de 29 ans, qui fut prise brusquement d'une douleur abdominale siégeant du côté droit, accompagnée de vomissements et de température élevée.

L'examen objectif permettait de constater tous les signes d'une appendicite aiguë.

L'auteur qui avait déjà constaté des accidents de ce genre, fit examiner les urines dans lesquelles on découvrit des bacilles de Koch.

Le cathétérisme urétéral permit de localiser la tuberculose sur le rein droit.

Néphrectomie droite : le rein présentait 5 ou 6 tubercules sous-capsulaires et de gros tubercules ramollis dans la substance corticale. Guérison.

On remarquera que, dans cette observation, les lésions trouvées sur la pièce sont identiques à celles du cas précédent (lésions sous-corticales).

Voici maintenant un cas où une tuberculose rénale fut révélée par une occlusion intestinale. L'urémie n'était peut-être pas étrangère à ces accidents.

OBSERVATION XXIII (Résumée)
(In thèse de CELOS, Paris, 1901-02)

*Occlusion intestinale symptomatique d'une tuberculose
du rein droit sans troubles urinaires*

Un homme de 42 ans a, depuis l'âge de 30 ans, des maux d'estomac et de la diarrhée; depuis deux ans, les troubles gastro-intestinaux ont redoublé d'intensité. Au cours d'un examen médical, la présence d'albumine a été notée dans les urines.

Le malade entre à l'hôpital avec des coliques intenses, température 38°3, pouls 104. Le ventre est ballonné, énorme, faisant entendre un bruit amphorique à la succussion. Aucune selle n'est émise, il y a cependant quelques gaz, la matité hépatique est disparue, pas de hoquet.

Aucun trouble de la miction, pas de rétention d'urine. On trouve seulement dans les urines le disque d'albumine noté précédemment.

Intervention : On pense à une collection sous-phrénique : résection thoracique (?), le péritoine est ouvert : rien d'anor-

mal. Laparotomie sus-ombilicale : l'estomac très dilaté est sain. Les anses intestinales sont distendues, transparentes : il n'y a cependant pas trace de péritonite. Tout l'intestin dilaté est exploré de bout en bout; aucun obstacle n'est découvert. Fermeture de l'abdomen.

Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie : Dilatation paralytique des intestins et tuberculose du rein droit. (Docteur Talamon).

Dans l'observation qu'on va lire, l'urémie est au contraire hors de cause, ainsi qu'en témoignent les dosages répétés de l'azotémie.

OBSERVATION XXIV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

*Tuberculose rénale, ayant débuté par une crise
de pseudo-occlusion intestinale*

D... Barthélemy, 48 ans, est envoyé d'urgence à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. M. le Professeur Agrégé Bonnet, chirurgien de garde, constata un abdomen uniformément ballonné où se voyaient des ondes péristaltiques; les douleurs, particulièrement vives, siégeaient dans la région hypogastrique; il y avait des nausées sans vomissements, la température était normale. Cependant, au milieu de ces symptômes d'iléus, on ne pouvait qu'être frappé de l'existence de ténésme vésical; très fréquemment le malade urinait un demi-verre environ d'urines troubles non sanglantes.

Un interrogatoire soigneux du malade donna les renseignements suivants : depuis la guerre, c'est-à-dire depuis quatre ans, il présentait tous les signes d'une tuberculose

pulmonaire : il avait eu plusieurs hémoptysies et c'était ces phénomènes pulmonaires qui avaient motivé son admission à l'hôpital de Villefranche. D'autre part, il aurait eu il y a six ans de petites hématuries avec douleur lombaire gauche.

Ce n'est pas la première fois qu'il existe chez lui des troubles intestinaux. En janvier 1921, il présenta une crise de constipation opiniâtre qui dura huit jours, avec douleur hypogastrique tenaillante et nausées sans vomissement ni fièvre. Il n'y eut ni pollakiurie, ni ténésme vésical proprement dits. Les urines auraient été légèrement troubles, mais le malade assure qu'on n'y trouva pas d'albumine.

Depuis lors a subsisté un certain degré de paresse intestinale : souvent le malade demeure trois jours sans aller à la selle. Enfin, la crise actuelle n'a pas débuté brusquement, mais elle est l'aboutissant d'une augmentation progressive des troubles digestifs pendant ces 15 derniers jours.

En somme, ce malade présentait une double série d'antécédents pathologiques, les uns d'ordre urinaire, les autres d'ordre intestinal, ayant évolué parallèlement. La crise actuelle apparaissait nettement comme un simple paroxysme de ces accidents chroniques. M. le Docteur Bonnet décida en conséquence de s'abstenir de tout traitement chirurgical d'urgence. En effet, à la suite de lavements, une débâcle importante mit fin aux accidents abdominaux.

De l'infirmerie de Porte, le malade est envoyé dans le service du Professeur Tixier. Là, on constate un tympanisme abdominal modéré, et l'existence de points douloureux, rénal droit, vésical et urétéral droit. Noyau dur au niveau de la queue de l'épididyme droit, palpation des reins négative. Aux poumons, signes de sclérose, mais pas de lésions évolutives.

Les signes fonctionnels urinaires se sont affirmés; polyurie, pollakiurie, avec dyurie, urines uniformément purulentes.

Dosage de l'urée du sang : 0 gr. 22 0/00.

Cystoscopie (Docteur Gauthier). Sous rachi-anesthésie, la

capacité vésicale ne dépasse pas 70 cc. Muqueuse vésicale uniformément rougeâtre, sans ulcération nette, orifices urétraux sains. La séparation des urines montre que le rein droit seul est la source du pus et que le rein gauche est suffisant.

La constante d'Ambard recherchée à deux reprises est bonne. (0,071 et 0,068).

On pratique une néphrectomie droite, rein atrophique suppuré. Des deux cobayes inoculés avec l'urine totale, l'un est mort au bout de huit jours, l'autre au bout de quinze jours; on n'a pas pu constater de lésion tuberculeuse.

Suites fébriles et agitées, le malade guérit opératoirement et quitte le service un mois et demi plus tard. Nous n'avons pu avoir de ses nouvelles.

La tuberculose rénale peut donc se manifester par des accidents pseudo-péritonéaux: ces faits sont absolument exceptionnels, mais ils méritent d'être connus. Est-ce la périnéphrite qui détermine une réaction péritonéale de voisinage; l'urémie est-elle en cause? ou bien s'agit-il de phénomènes réflexes dus à la distension du bassin et ou à une véritable colique néphrétique par élimination de caillots ou de grumeaux purulents? Nous discuterons ces hypothèses à propos de la pathogénie. Au point de vue clinique, il suffit de signaler qu'on peut trouver là une véritable indication d'urgence de la néphrectomie: malgré le caractère aigu des accidents, le cathétérisme urétéral et l'examen de la valeur fonctionnelle des reins s'imposent bien entendu. Dans trois des observations ci-dessus ces épreuves ont permis d'obtenir, par une intervention pratiquée en toute connaissance de cause, la guérison des malades.

CHAPITRE III

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une tumeur rénale ou paranéphrétique

Il est exceptionnel que les néoplasmes du rein ou de la région paranéphrétique demeurent cliniquement latents jusqu'au jour où ils déterminent une occlusion intestinale révélatrice. C'est que l'accroissement de ces tumeurs est trop lent pour provoquer, dans les organes intestinaux voisins, des troubles du fonctionnement brusques et graves. D'autre part, lorsque ces tumeurs sont assez volumineuses pour déterminer des troubles de compression, leur histoire clinique est depuis longtemps assez nette pour que l'examen les ait découvertes.

On ne peut voir éclater des accidents péritonéo-intestinaux que dans certaines conditions rarement remplies; telle, par exemple, une hémorragie augmentant soudain le volume de la tumeur ou infiltrant brusquement le tissu cellulaire voisin; tel encore le cas d'un trauma-

tisme. Dans la plupart des observations que nous allons citer, il s'agira de circonstances de ce genre.

Cependant, nous pourrions citer un cas de compression directe de l'intestin par une tumeur infiltrée dans le mésentère, et un cas où l'occlusion fut provoquée par une véritable colique néphrétique due à l'élimination de caillots par l'uretère.

A) TRAUMATISME. -- Voici d'abord un cas où le traumatisme est en cause :

OBSERVATION XXV (Résumée)

(Gérald ROBINSON)

*Rupture d'un rein sarcomateux chez un enfant de trois ans.
Syndrome abdominal simulant l'appendicite péritonite.*

Un enfant de 3 ans, ayant joui jusque-là d'une bonne santé, tombe de sa chaise. Il ressent des douleurs abdominales violentes, vomissements incessants, l'arrêt des gaz n'est cependant pas complet.

A l'examen, les muscles de l'abdomen sont rigides, point douloureux net dans l'hypochondre droit, température 39°5, pouls rapide. Les urines sont légèrement albumineuses.

On pose le diagnostic d'appendicite avec péritonite généralisée. L'intervention montre un appendice sain. Rien d'anormal dans la cavité péritonéale, mais un hématome rétro-péritonéal soulève le côlon ascendant. Il s'agit d'une hémorragie provenant d'une tumeur du rein droit. Néphrectomie.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules fusiformes.

B) HÉMORRAGIE RÉTROPÉRITONÉALE PAR RUPTURE SPONTANÉE D'UNE TUMEUR DU REIN. — Mais l'hémorragie périrénale peut se produire par rupture spontanée d'un rein sarcomateux. Les deux observations qu'on va lire en fournissent des exemples. Dans le premier cas, la symptomatologie fut celle d'une occlusion ; dans le second, on porta le diagnostic d'appendicite aiguë.

OBSERVATION XXVI (Résumée)
(BONAR)

Syndrome d'occlusion intestinale aiguë. Laparotomie. Hémorragie rétro-péritonéale due à un sarcome du rein droit. Néphrectomie secondaire.

Une femme de 30 ans est amenée pour des douleurs abdominales accompagnées de vomissements et de constipation durant depuis plusieurs jours. Rien de notable dans ses antécédents, à part une atteinte probablement tuberculeuse du sommet gauche.

Il y a un an, elle a souffert vaguement du côté droit, mais n'y a pas pris garde. Rien d'anormal n'avait été constaté du côté des urines. L'affection actuelle a débuté après une période de constipation de quatre jours, par une attaque douloureuse violente dans l'hypochondre droit.

A l'entrée, malade au facies très altéré. Pouls 98. Température 99°2 F. Respiration 24. Les vomissements sont continuels, la paroi abdominale est mobile avec la respiration, mais la défense musculaire est très nette du côté droit. A ce niveau, vague tuméfaction profonde. Urines normales. Touchers rectal et vaginal négatifs.

Le lendemain, la malade a vomi en grande quantité, le ventre est rigide et douloureux dans toute l'étendue de l'hypochondre droit. Du côté gauche de l'abdomen, on voit des ondes péristaltiques.

Intervention. Incision paramédiane droite. Le côlon transverse distendu s'échappe par la plaie. *Tout le gros intestin est dans un état de distension extrême; par contre le grêle a conservé son calibre normal.* Sur toute la longueur de l'intestin, on ne découvre pas de cause d'obstruction. L'appendice, la vésicule, l'estomac, le pancréas, les organes pelviens, le rein gauche sont normaux. Le rein droit ne peut être palpé à cause d'une hémorragie rétropéritonéale de récente origine. Le maximum de l'infiltration siège sous l'angle droit du côlon et s'étend jusqu'au mésentère de l'appendice et à la ligne médiane vers l'aorte. On ne trouve pas la cause de l'hématome; *il n'y a pas de sang libre dans la cavité péritonéale.* On réintègre l'intestin et on referme.

Après l'opération, on parvient à débloquer l'occlusion par l'huile de ricin, le calomel et la pituitrine. Un examen radioscopique est entièrement négatif. La malade paraissant guérie quitte le service.

Un an plus tard, elle est admise dans un hôpital hors de Londres pour une douleur vague dans le côté droit. L'examen découvre un gros rein droit. L'urine est normale, aucun trouble fonctionnel urinaire. M. Turner, chirurgien de l'hôpital, pratique une néphrectomie par voie abdominale. La malade mourut après l'opération et l'on ne put faire l'autopsie. Sur la pièce, une tumeur noire, gélatineuse, non encapsulée, remplaçait la substance rénale au niveau du pôle inférieur. Il s'agissait d'un sarcome mélanique vérifié par examen microscopique. A noter que des adhérences très marquées avaient rendu la néphrectomie difficile.

OBSERVATION XXVII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Agrégé TAVERNIER)

*Syndrome d'appendicite aiguë chez un enfant de quatre ans.
Laparotomie. Hémorragie rétropéritonéale due à un
sarcome latent du rein droit. Guérison opératoire.*

Un garçon de 4 ans est envoyé à la clinique Jeanne d'Arc avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il n'avait aucun antécédent pathologique, ni du côté de l'appareil urinaire, ni du côté du tube digestif. Les parents signalent seulement qu'il y a un mois l'enfant éprouva des coliques abdominales de siège mal précisé, accompagnées d'une constipation opiniâtre qui nécessita plusieurs lavements successifs.

La crise actuelle a débuté brusquement le samedi 13 avril, à midi. L'enfant s'est plaint de coliques du côté droit, et il a eu des nausées intenses, qui n'ont cependant pas abouti à des vomissements; aucun choc, aucun traumatisme notable ne paraît avoir été à l'origine des accidents. La constipation étant marquée, les parents donnèrent un lavement; malgré une selle qui ne présentait pas de caractères notables, les douleurs abdominales ont persisté. Un médecin appelé parla de colique appendiculaire, mais ne conseilla pas l'intervention. La température est à 37°7.

La nuit suivante, le petit malade fut très agité, les coliques et les nausées s'accrochèrent encore, la température monta à 38° le dimanche matin. Le docteur Paliard, médecin des hôpitaux, appelé en consultation, diagnostiqua formellement une appendicite aiguë et conseilla de voir un chirurgien dans la journée.

M. le Professeur Agrégé Tavernier vit l'enfant le dimanche 14 avril, à 2 heures de l'après-midi, 24 heures environ après le début de la crise. Il nota un facies bon, nullement péritonéal, et un pouls nullement inquiétant. Le ventre était très douloureux à la pression du côté droit, et tellement contrac-

turé qu'une palpation soigneuse était impossible; le côté gauche était aussi contracturé, mais bien moins, et la pression n'était pas douloureuse à son niveau. Le diagnostic paraissait certain et, en raison d'un point douloureux siégeant au-dessus de la crête iliaque, on croyait pouvoir prévoir un appendice rétro-cæcal.

Intervention immédiate : Petite incision de Roux, l'appendice est normal; en tirant sur le cæcum pour l'extérioriser, on constate une infiltration hémorragique du péritoine pariétal postérieur. L'incision est agrandie par le haut : la partie supérieure du côlon ascendant et la moitié droite du transverse sont infiltrées de sang, soulevées par une volumineuse tumeur rétro-péritonéale grosse comme une tête de fœtus. *Il n'y a absolument pas de sang dans le péritoine.*

On agrandit encore l'incision par le haut, et on peut enlever par voie transpéritonéale un rein sarcomateux qui s'était fissuré au voisinage du hile. Ligature du pédicule et tamponnement de la loge rénale.

Suites opératoires : Malgré un choc assez intense avec température à 39°5 pendant 36 heures et pouls à 150, l'opération fut bien supportée, et le petit malade a guéri.

Ce n'est pas le privilège du sarcome d'entraîner de tels accidents. On les a signalés également dans l'évolution des tumeurs à type d'hypernéphrome.

OBSERVATION XXVIII (Résumée)

(EIGLER)

Occlusion intestinale aiguë symptomatique d'une hémorragie rétro-péritonéale due à un hypernéphrome du rein droit

Homme de 54 ans, atteint de douleur dans le flanc droit avec signes d'occlusion intestinale : distension abdominale extrême et péristaltisme des anses.

La laparotomie, faite le sixième jour, montre un gonflement énorme de l'anse sigmoïde, mais pas de tumeur intestinale. Par contre, existe un gonflement rétro-péritonéal, élastique et diffus, s'étendant jusqu'au rein droit. La ponction du tissu cellulaire rétro-péritonéal ramène du sang.

On fait un anus artificiel sur l'S iliaque. Guérison, si bien que huit semaines après, l'anus artificiel est fermé. Mais survient une pneumonie post-opératoire mortelle.

L'autopsie montre un hypernéphrome du rein droit avec hémorragie dans le tissu sous-péritonéal.

En 1906, Tuffier avait présenté à la Société de Chirurgie de Paris un cas très analogue (hématome sous-péritonéal par rupture spontanée d'un sarcome du rein droit). Le malade fut opéré avec le diagnostic d'appendicite.

Est-il possible de poser, avant l'intervention, le diagnostic véritable? Dans le cas où les accidents n'ont pas une évolution suraiguë, ce serait fort important afin de pouvoir vérifier la valeur fonctionnelle du rein opposé. Il semble que l'observation soigneuse du malade puisse permettre d'envisager le diagnostic d'hémorragie rétro-péritonéale. Dans la plupart des cas, le malade a une pâleur assez frappante, l'association de ce syndrome abdominal douloureux avec des signes d'anémie aiguë est assez caractéristique. La pancréatite hémorragique donne évidemment les mêmes accidents, mais avec une réaction péritonéale bien plus vive, bien plus dramatique. La constatation d'une hématurie concomitante, l'apparition d'ecchymoses inguino-scrotales, seraient des signes précieux, mais manquent habituellement. En

l'absence d'antécédents précis, on ne pourra songer à un diagnostic de ce genre que si, à des signes d'occlusion bâtarde, on voit s'associer un certain degré de pâleur avec douleur nette dans l'angle costo-lombaire.

C) TUMEURS INFILTRÉES DANS LE MÉSENTÈRE. — Une tumeur maligne du rein restée latente jusqu'alors peut se révéler par une occlusion intestinale, quand elle a envahi le méSENTÈRE. Ces cas sont rares, leur mécanisme est banal, nous n'y insisterons pas.

OBSERVATION XXIX (Résumée)

(JEANNEL)

Obstruction intestinale. Laparotomie. Sarcome du rein gauche infiltré dans le méSENTÈRE. Néphrectomie trans-péritonéale. Mort.

Homme de 45 ans, soigné en ville un an auparavant, pour des phénomènes d'obstruction intestinale, qui avait été attribués à une hernie de la ligne blanche et qui avaient cédé en 48 heures au traitement médical. Il y a 5 mois il se plaignait de l'estomac, au cours d'un traitement pour syphilis suivi à l'hôpital de Toulouse. Le 14 juin 1886, douleur abdominale, coliques violentes, ni selles, ni gaz.

Le 17 juin, ces phénomènes persistant, le malade est envoyé à l'hôpital. Etat grave, hoquet, vomissements fécaloïdes. Le malade urinant au lit, l'urine ne peut être examinée. Le ballonnement est énorme. On sent une masse pâteuse dans le flanc gauche, occupant l'union du côlon transverse et du côlon descendant et interprétée comme un fécalome.

Le 21 juin, après échec de toutes les médications, visant à débloquer l'intestin, on fait une *laparotomie médiane*. Pas

de liquide dans le ventre, mais à gauche on sent une tumeur rétropéritonéale qu'on finit, après l'avoir ponctionnée, par identifier comme une tumeur rénale. Néphrectomie trans-péritonéale longue et difficile. Mort avec des phénomènes de choc. Il s'agissait d'une tumeur du rein gauche infiltrée dans le mésentère.

D) COLIQUE NÉPHRÉTIQUE A FORME D'OCCLUSION PAR ÉLIMINATION DE CAILLOTS URÉTÉRAUX. — L'observation qu'on va lire est fort ancienne, elle date de 1887; elle est très intéressante au point de vue pathogénique.

OBSERVATION XXX

(DESNOS)

« Etranglement intestinal nerveux » au cours de coliques néphrétiques.

Homme de 66 ans. Il souffre depuis des années de dyspepsie flatulente avec ballonnement et constipation. Depuis quelque temps, ses douleurs siègent dans le flanc droit et il a eu une hématurie.

Malgré un tympanisme abdominal, on sent une vague tumeur lombaire droite.

Le 2 septembre 1886, il a une crise violente avec vomissements, qui se termine par l'expulsion de caillots dans les urines, mais est suivie de coliques dans la fosse iliaque droite accompagnées de météorisme. Le malade reste alors 15 heures en état d'occlusion, et une purgation amène une débâcle.

Mais, dans la suite, l'état général s'altère, le malade a le teint jaune, il a eu plusieurs hématuries, son intestin reste paresseux.

Le 16 décembre 1886, il présente une crise violente avec irradiations lombaires et tableau d'occlusion dès le début : pas de selles, vomissements alimentaires, puis bilieux, ballonnement abdominal. Les urines sont rares; puis le malade expulse un caillot unique allongé. La quantité des urines s'améliore, mais le ballonnement augmente, les vomissements deviennent fécaloïdes. Un lavement électrique ramène quelques gaz et une selle.

Le 21 décembre, le malade succombe : vomissements, urines très rares avec sang abondant; température à 36,5.

Pas d'autopsie; mais probablement tumeur rénale avec coliques néphrétiques par expulsion de caillots. Une réserve pour la possibilité de l'envahissement de l'intestin par le néoplasme.

On nous pardonnera de placer dans ce chapitre ayant trait aux tumeurs du rein plusieurs observations de tumeurs paranéphrétiques et de reins polykystiques. Ces affections peuvent provoquer des accidents abdominaux aigus, par le même mécanisme que les tumeurs rénales proprement dites.

L'obstruction intestinale dans les tumeurs paranéphrétiques.

Dans son rapport au Congrès de Chirurgie de 1919, Lecène insiste avec raison sur la rareté des troubles intestinaux dans les tumeurs paranéphrétiques. Il cite un cas de Brenner; de son côté, Thévenot rapporte un cas de Walther: occlusion par kyste paranéphrétique. Voici deux observations plus récentes: l'occlusion résulta une fois de l'excès de volume de la tumeur, mais le ballonnement extrême empêchait de la percevoir nettement; une autre fois, la tumeur déterminait une péri-sigmoïdite de voisinage.

OBSERVATION XXXI (Résumée)

(RICHARD)

Occlusion intestinale due à une tumeur paranéphrétique droite. Opération. Guérison.

Femme de 62 ans, vue par un médecin qui constate que, depuis quatre jours, elle est en état d'occlusion intestinale complète et l'envoie à l'hôpital. Là, on apprend qu'elle avait une bonne santé habituelle. Depuis quelque temps, son abdomen avait augmenté de volume, avec sensation de pesanteur dans le flanc droit, anorexie, constipation, amaigrissement. Depuis cinq jours, elle n'aurait rendu ni matières, ni gaz. Elle a des nausées, elle a vomi. Le pouls est à 100, avec une température normale.

A l'examen, voussure de la moitié droite de l'abdomen ; l'urgence ne permet pas d'examen radioscopique ou rénal ; on pense à une tumeur colique droite.

Intervention. — Rachi-anesthésie. Incision médiane : une tumeur volumineuse distend le ligament gastrocôlique, repoussant en haut l'estomac, en bas le côlon transverse et droit. On incise le péritoine postérieur et on décolle une tumeur énorme qui tient par le pédicule rénal qu'on lie. Suites simples.

Pièce : tumeur fibro-lipomateuse englobant complètement le rein. Examen microscopique : fibro-lipo-sarcome.

OBSERVATION XXXII (Résumée)

(HALLER)

Occlusion intestinale, révélatrice d'une tumeur paranéphrétique gauche.

Un homme de 66 ans, obèse, est amené d'urgence avec le diagnostic d'occlusion intestinale ; l'arrêt des gaz est complet depuis 24 heures. On pense à un cancer de l'S iliaque.

Laparotomie sous-ombilicale. Périssigmoïdite marquée. L'S iliaque est adhérent à la paroi postérieure de la fosse iliaque gauche, où vient adhérer également l'épiploon. Après libération des adhérences, des gaz s'échappent par l'anus. On aperçoit alors une tumeur de consistance lipomateuse, qui fait saillie sous le péritoine de la fosse iliaque gauche. La tumeur remonte très haut, englobant complètement le rein, qui doit être enlevé en même temps qu'elle. Le malade succombe quelques heures après. Il s'agissait d'un lipome pur.

Comment expliquer cette occlusion ? Il est probable que c'est l'irritation due au voisinage de la tumeur qui a causé la sigmoïdite. Les accidents aigus ont été provoqués sans doute par des phénomènes spasmodiques au cours de cette irritation chronique.

L'occlusion intestinale révélatrice des reins polykystiques

L'observation qui va suivre, bien que très incomplète, paraît permettre d'incriminer l'urémie comme cause de l'occlusion.

OBSERVATION XXXIII (Résumée) (RISCHBIETH et de CRESPIGNY)

Occlusion intestinale au cours d'une maladie polykystique des reins.

I... Homme, 27 ans, envoyé à l'hôpital pour un ballonnement abdominal considérable, arrêt des matières et des gaz. Les accidents ont débuté il y a 17 jours. Le médecin traitant

avait perçu une tumeur qu'il interprétait comme un néoplasme du côlon descendant. Jamais de colique néphrétique dans les antécédents; pas de sang ni de graviers dans les urines.

A l'entrée, ventre extrêmement tendu, laissant percevoir une vague tumeur de l'hypochondre gauche, quelques vomissements; un lavement a obtenu quelques gaz, un peu de sang a été trouvé dans les selles. La persistance des phénomènes abdominaux conduit à une *intervention*, qui fait découvrir une tumeur polykystique du rein gauche. Néphrectomie. Guérison.

Six ans plus tard, le malade meurt de méningite otitique.

Autopsie. — Le rein droit est énorme, également polykystique, adhérent au foie, pas de lésion intestinale notée.

Le cas suivant est d'un intérêt considérable: on y voit la tension brusque de la tumeur par une hémorragie intra-kystique suffire à déclancher des phénomènes occlusifs sévères.

OBSERVATION XXXIV (Résumée)

(VAN BISSELIËCK)

Occlusion intestinale aiguë déterminée par une hémorragie à l'intérieur d'un rein polykystique.

Un homme de 55 ans entre à la clinique du Professeur Rotgans, d'Amsterdam, avec le diagnostic d'iléus; deux jours et demi avant, est apparu soudain un ballonnement du ventre suivi de vomissements. Alors qu'auparavant les selles étaient régulières, aucun gaz n'a été émis depuis le début de la crise (quelques gaz seulement la veille). Mictions normales. Douleurs violentes du côté gauche. Là, on sent une tumé-

faction locale avec défense musculaire très forte, douleurs vives et matité. La pression à ce niveau éveille des nausées; dans le reste du ventre, météorisme, tympanisme, mouvements respiratoires conservés, pas de mouvements péristaltiques. *Pouls très lent*, température 37,6. Toucher négatif. Rien d'anormal à l'examen chimique et microscopique des urines.

Le lendemain, la palpation provoquait une contraction visible des intestins, partant du cæcum et se prolongeant jusqu'à la région épigastrique. Le malade ne vomissait plus; quelques gaz. Le cæcum, fortement distendu, était perceptible à la palpation; on pensa à un cancer du côlon descendant.

Le troisième et le quatrième jours, pas de changement; on fit une fistule cæcale qui donna issue à une grande quantité de matières. La tension du ventre diminua, selles spontanées, non sanglantes, par le rectum. Huit jours après, on pouvait délimiter une tumeur tendue, sans bosselure, fluctuante dans l'hypochondre gauche. Ponction: liquide jaunâtre mêlé d'un peu de sang, n'ayant pas l'odeur de l'urine.

Insufflation colique: l'air est d'abord retenu près de la tumeur, puis s'échappe par la fistule cæcale. Les contractions intestinales persistent.

Cystoscopie. Urines du rein droit colorées en 15 minutes par l'indigo carmin. A gauche, le cathétérisme urétéral ne donne pas d'urine. L'examen chimique révèle un fonctionnement satisfaisant du rein droit.

Intervention. — Il s'agit d'un rein polykystique. Les kystes du pôle supérieur contiennent du liquide clair; dans le pôle inférieur, liquide hématique. On fendit la capsule du rein, et l'on tamponna. Cicatrisation rapide. Trois semaines après, on ferme la fistule cæcale.

Le malade est revu trois mois plus tard, dans un état satisfaisant; le fonctionnement de l'intestin est normal. A noter que le rein droit est également volumineux.

En somme, les tumeurs du rein doivent prendre place parmi les causes rares d'iléus; nous ne prétendons pas avoir réuni tous les cas publiés; nous avons seulement voulu montrer, en choisissant les observations les plus caractéristiques, l'extrême variété de ce genre d'accidents.

CHAPITRE IV

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une hydronéphrose

Parmi toutes les affections rénales, voici la plus insidieuse, la plus apte à revêtir un masque trompeur, la grande simulatrice, l'hydronéphrose. Elle est capable de provoquer toutes les variétés d'accidents aigus dont l'abdomen peut être le siège, et cela bien souvent sans se trahir par aucun symptôme urinaire. Même pendant la crise la plus intense, l'hydronéphrose peut ne déterminer aucune modification précise du côté des urines, et cette donnée est fondamentale au point de vue du diagnostic.

Historique

La fréquence de ces hydronéphroses à forme uniquement abdominale n'est pas signalée dans les traités classiques. Le travail si documenté de Terrier et Baudoin

note de façon très succincte l'existence de troubles digestifs accompagnant les hydronéphroses. Guyon décrit également ces symptômes, mais il n'est jamais question de syndromes abdominaux aigus révélateurs d'hydronéphroses absolument latentes par ailleurs. La thèse lyonnaise de Maire (1909), inspirée par M. le Professeur Tixier, semble être le premier travail où il soit fait mention de ces faits. L'observation princeps, présentée à la Société des Sciences Médicales de Lyon, le 12 mai 1909, mérite d'être rappelée ici :

OBSERVATION XXXV

(TIXIER et MAIRE)

Un cas d'hydronéphrose de forme latente, sans signes urinaires et simulant une appendicite.

Un jeune garçon de 16 ans entre à l'Hôtel-Dieu le 4 mars 1908 dans le service de mon collègue Lyonnet. Il présente une crise douloureuse extrêmement intense, avec vomissements, ayant débuté la veille, dans la fosse iliaque droite. Depuis 4 ou 5 ans, l'enfant se plaignait de douleurs sourdes et intermittentes dans l'hypochondre droit et la fosse iliaque droite. Les douleurs survenaient par crise et étaient accompagnées de vomissements et de constipation. Les médecins appelés à examiner le malade au moment des crises ne constatèrent aucune tumeur.

Malgré la présence d'une tuméfaction arrondie, du volume d'un petit citron, le Docteur Lyonnet diagnostique une appendicite et observe le malade pendant 6 semaines. Il n'y eut pas de température. Traitement à la glace : les douleurs et la tuméfaction disparurent progressivement, ce qui confirma le

diagnostic d'appendicite à répétition. On dirige le malade dans mon service pour le faire opérer à froid.

Intervention le 24 juin. Ablation d'un appendice en position haute, rétro-cæcale. Appendicectomie par section primitive de la base. Cet appendice mesure 15 cm. de longueur; malgré l'absence de lésion macroscopique, sa situation rétro-cæcale ascendante semble expliquer les symptômes observés en médecine.

Suites opératoires très simples; mais à plusieurs reprises, l'opéré éprouva dans les mois suivants des crises abdominales rappelant exactement les douleurs antérieures. Une fois on constata de l'albumine en petite quantité dans les urines.

Un an après son premier séjour à l'hôpital, le malade rentre directement dans mon service le 10 mars 1909. Le 6 mars, il s'était produit une nouvelle crise avec douleurs très vives dans l'hypochondre droit, irradiées vers les reins, avec vomissements et tuméfaction sous-hépatique. Les urines examinées de suite ne contiennent ni sucre ni albumine. On sent aisément, dépassant le foie et collée contre lui, une masse allongée, un peu douloureuse à la pression. Rien dans la région lombaire. Aucun signe hépatique.

Le 15 mars 1909, je me décide à intervenir sans diagnostic précis. Incision de laparotomie latérale: on découvre une hydronéphrose droite. Rapidement on s'assure de l'existence du rein gauche, et, par néphrectomie transpéritonéale, on pratique l'ablation du rein droit. Suites opératoires très simples. Le 13 mai, cathétérisme de l'uretère droit (du côté de la néphrectomie): on ne parvient à passer qu'une sonde très fine (n° 5) qui fut arrêtée à 1 cm. de l'orifice vésical, par un obstacle infranchissable.

Dans le livre jubilaire offert au Professeur Forgue le 4 novembre 1924, un article de M. le Professeur Tixier,

sur l'hydronéphrose en chirurgie générale, développe les idées sur lesquelles nous insistons ici.

Essai de classification

Les accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une hydronéphrose peuvent se voir :

1° Au cours d'une hydronéphrose simple. Les syndromes les plus couramment observés sont le syndrome d'appendicite et le syndrome d'occlusion intestinale.

2° Au cours d'une hydronéphrose compliquée.

a) D'un traumatisme (qu'il s'agisse d'un traumatisme révélateur de l'hydronéphrose, ou d'une rupture traumatique de celle-ci).

b) D'accidents infectieux aigus (hydropyonéphrose).

Nous pourrions renvoyer aux chapitres traitant des traumatismes et des infections du rein ces deux derniers paragraphes, mais nous préférons les étudier ici, pour mieux donner une idée d'ensemble des accidents abdominaux dont l'hydronéphrose peut être responsable, en l'absence de toute symptomatologie urinaire.

Ce genre d'accidents appartient surtout à l'hydronéphrose congénitale; *nous nous croyons autorisé à rapprocher de celle-ci une autre malformation qui coexiste parfois avec elle: la dilatation congénitale des voies urinaires supérieures.*

I. — ACCIDENTS ABDOMINAUX AIGUS SYMPTOMATIQUES
D'HYDRONÉPHROSE SIMPLE

Ces accidents peuvent donner le tableau d'une *crise abdominale douloureuse avec iléus paralytique* : si la tumeur est perçue, on peut croire facilement à la torsion d'un kyste de l'ovaire.

OBSERVATION XXXV

(Due à l'obligeance de M. le Docteur ALAMARTINE)

Diagnostic Clinique. Torsion d'un kyste ovarien avec phénomènes d'occlusion intestinale.

Diagnostic Opératoire. Hydronéphrose du rein gauche.

Intervention. Laparotomie, ablation par la voie transpéritonéale de la poche hydronéphrotique et du rein gauche. Guérison simple.

Femme de 62 ans, amenée à la clinique par son médecin, le Docteur Grésillon, de Vienne, pour des phénomènes occlusifs remontant à trois jours.

Antécédents. — Depuis trois ans environ, la malade a eu, à plusieurs reprises, des crises abdominales douloureuses, avec quelques vomissements alimentaires. Elle qualifiait ces crises d'indigestions. Elles étaient de courte durée et il est impossible de faire préciser la localisation des douleurs. La malade n'a, à aucun moment, perçu de grosseur dans son ventre. Pas de modification du côté des fonctions urinaires, tout au moins au dire de la malade.

Etat actuel. — Depuis deux jours, vomissements répétés à caractère bilieux, puis à odeur légèrement fécaloïde. Pas de gaz, pas de matières. L'abdomen est uniformément distendu, mais l'examen permet de reconnaître, dans le flanc

et la fosse iliaque gauche, une tumeur arrondie, tendue, résistante, que l'on suppose être un kyste de l'ovaire tordu. C'est le diagnostic que l'on fait, tout en laissant quelques réserves, en raison de la latéralité de la tumeur, et de son peu de mobilité.

Intervention. — 10 octobre 1928. Aide: M. le Docteur Gré-sillon.

Laparotomie médiane paraombilicale gauche. On tombe immédiatement sur une poche kystique, qui n'a pas l'aspect ordinaire des kystes de l'ovaire tordu. La paroi est épaisse, le contenu vu par transparence semble peu hématique, et la coloration de la tumeur n'est pas très foncée. On pense à un kyste du paraovaire. Ponction, puis extériorisation progressive de la poche. Le liquide est séro-hématique, environ 2 litres et demi. En attirant peu à peu la poche au dehors, on voit apparaître en dedans le colon descendant, et l'on s'aperçoit que, dans la profondeur, la poche tient, non au petit bassin, mais à la région lombaire. On parvient à l'extérioriser à peu près complètement, et à ce moment on constate, au niveau du pôle supérieur, la présence d'un rein étalé et atrophié. Le diagnostic étant fait, on fait une néphrectomie rapide, la ligature du pédicule n'ayant présenté aucune difficulté en raison de son allongement. On termine en excluant la grande cavité péritonéale, par suture du côlon à la lèvre interne de l'incision. On laisse dans la région lombaire une mèche et un drain qui sont retirés au bout de 48 heures.

Suites très simples. Dès le lendemain, la malade urinait 800 grammes. Revue à différentes reprises, elle est restée complètement guérie, et l'élimination urinaire est suffisante.

Une analyse d'urines faite trois semaines après l'opération a donné 1.500 gr. d'urines, avec 17 gr. d'urée par litre.

L'examen de la pièce a montré une énorme hydronéphrose avec rein très atrophié, avec distension extrême des calices. Le liquide était séro-hématique, sans aucun aspect puriforme.

D'autres fois, le tableau est celui d'une *occlusion intestinale à répétitions*.

OBSERVATION XXXVI

(Due à l'obligeance de M. le Docteur DELORE)

Hydronéphrose congénitale dans un rein en fer à cheval. Syndrome de crises d'occlusion intestinale

M..., 26 ans. Depuis plusieurs années, il présente des crises abdominales localisées sous le rebord costal gauche, et rappelant celles de l'obstruction intestinale. La crise, qui se reproduit à intervalles variables, environ tous les trois ou six mois, débute en général assez brusquement sans cause bien précise, quoique la fatigue paraisse y prédisposer. Le sujet ressent une douleur dans l'hypochondre gauche, qui est d'abord sourde, puis aiguë au bout de quelques heures; cette douleur persiste, assez intense, pendant 24 ou 48 heures, puis s'atténue progressivement. En même temps surviennent des vomissements bilieux plus ou moins abondants pendant les premières heures; on constate en outre l'arrêt des gaz et des matières, et un peu de météorisme pendant toute la période des douleurs, qui cessent avec l'évacuation des gaz par l'anus.

En outre, et c'est un symptôme constant, quelques heures après le début de la crise, on perçoit immédiatement sous le rebord costal gauche, une tuméfaction douloureuse dont la nature est discutable; elle n'est pas mate à la percussion, mais donne plutôt une sonorité tympanique. Cette tuméfaction disparaît avec les autres symptômes et l'on n'en retrouve plus trace lorsque la crise est passée.

Les radiographies ne donnent pas de renseignements précis permettant de localiser la lésion sur le rein ou sur l'intestin.

On pense à une occlusion intestinale de nature indéterminée telle que torsion du colon transverse; toutefois on n'éli-

mine pas une lésion rénale toujours possible. Devant la répétition des crises, on se décide à une *laparotomie exploratrice oblique sous-costale gauche*.

Celle-ci est pratiquée, le 19 décembre 1913, par M. le Docteur Delore. On tombe sur une tumeur sous-péritonéale, située à gauche de l'angle splénique du colon, et de consistance molle. La masse qui est lobulée, est décortiquée peu à peu et finalement attirée au dehors, mais elle tient toujours en dedans, vers la colonne, par un pédicule d'une hauteur de 6 à 7 cm. environ, qu'il faut couper. Il s'agit en réalité d'une hydronéphrose congénitale typique, avec cette particularité que les deux reins étaient réunis entre eux sur la ligne médiane par un pont de tissu rénal; bref on était en présence d'un rein en fer à cheval, dont la partie gauche, représentant le rein gauche, avec bassinets dilatés et épaissis, avait toutes les apparences d'une hydronéphrose ordinaire.

L'opération fut terminée par marsupialisation, soit la suture entre elles des lèvres réciproques du péritoine antérieur et du péritoine postérieur, et par tamponnement de la cavité de décortication. Après des suites opératoires assez mouvementées, l'opéré guérit et put reprendre une vie assez active pendant dix ans environ. Il fut emporté en 1925 par des accidents d'urémie avec pyurie.

Les urines ont été examinées maintes fois avant l'opération, mais, sans pouvoir donner à si longue échéance des détails précis sur ces examens, on peut affirmer que pour tous les médecins consultés, et ils furent nombreux, rien ne permit de conclure à une lésion rénale.

Ce syndrome n'est pas très rare chez l'enfant, et même chez le nourrisson; en voici plusieurs cas.

OBSERVATION XXXVII. (Résumée).

BARON

Urétéro-hydronéphrose congénitale à manifestations péritonéales aiguës.

Enfant de 4 ans sans antécédents pathologiques amené d'urgence avec un tableau appendiculaire, contracture intense, pouls à 135.

Intervention. — Il n'y a pas de péritonite, mais on trouve une tumeur rétropéritonéale, dont on pratique l'ablation. Il s'agit d'une urétéro-hydronéphrose congénitale.

OBSERVATION XXXVIII. (Résumée)

(BOTTOMLEY)

Syndrome abdominal, dû à une hydronéphrose, ayant fait penser à une invagination intestinale aiguë.

Enfant de 6 ans, présentant, pour la seconde fois, une crise de violentes douleurs prédominant dans la partie gauche du ventre, et s'accompagnant de vomissements. Température 38°5, pouls à 120. Pas de signes urinaires. On perçoit une vague tuméfaction, qui fait penser à une invagination intestinale; l'intervention montra qu'il s'agissait d'une hydronéphrose.

OBSERVATION XXXIX. (Résumée)

(EISENDRATH)

Syndrome abdominal aigu dû à une hydronéphrose et simulant l'appendicite.

Enfant de 14 ans, douleurs, nausées, ventre tendu, tempé-

rature 38,5, pas de signes urinaires. On intervient au 4^e jour avec le diagnostic d'appendicite : hydronéphrose droite.

Parmi les observations citées plus haut, il y en avait plusieurs concernant des méga-uretères congénitaux associés à l'hydronéphrose. *Le méga-uretère, étant donné ses rapports étendus et intimes avec le péritoine pariétal, paraît être une cause relativement fréquente d'accidents abdominaux aigus* (cf, Obs. XVII).

OBSERVATION XL. (Résumée)
(COURBOULÈS)

Mégauretère simulant une appendicite aiguë

Un soldat de 22 ans entre à l'hôpital Desgenettes, à Lyon, pour appendicite aiguë. La veille, il a ressenti une douleur brutale dans la fosse iliaque droite, vomissements bilieux; calmé par le repos, il a rejoint son régiment par ses propres moyens. Il y a 3 ans, il avait eu une crise analogue, qui avait duré 10 jours et pour laquelle on avait déjà parlé d'appendicite. Il n'y a jamais eu aucun trouble urinaire.

A l'entrée, on sent une tuméfaction dans la fosse iliaque droite, sans réaction inflammatoire; il n'y a pas de fièvre; on croit pouvoir temporiser.

Le lendemain, la tumeur a disparu, les urines troubles contiennent du pus à staphylocoque.

Une *pyélographie* mit en évidence l'existence d'une urétéro-hydronéphrose droite et, le rein gauche s'étant révélé suffisant, on intervint pour enlever un petit rein ectopique, en continuité avec une énorme dilatation de l'uretère droit qu'on réséqua jusqu'à la vessie.

OBSERVATION XLI. (Résumée)
(ORAISSON, LOUBAT et MOLINIÉ)

Dilatation congénitale des voies urinaires supérieures s'étant caractérisée par des troubles digestifs d'allure aiguë.

Enfant de 11 ans, bien constitué. En septembre 1923, il est pris de symptômes alarmants d'emblée : vives douleurs abdominales, prédominant à gauche, avec vomissements, ballonnement du ventre, arrêt des matières et des gaz.

A l'examen, très volumineuse tumeur occupant la région lombaire gauche; les urines sont limpides, peu abondantes, non albumineuses. Cette tumeur n'existait pas huit jours avant, et disparut huit jours après, en même temps que les mictions devenaient plus fréquentes.

Le cathétérisme des uretères évacua, à gauche, 150 gr. d'urines limpides en rétention.

Néphrectomie. — Sur la pièce, distension très marquée du bassin et du rein gauche, dont le parenchyme, à peine reconnaissable, est refoulé à la périphérie en une coque de quelques millimètres d'épaisseur. La cavité pyélo-rénale renferme des urines troubles où nagent 20 calculs. Abouchement à peu près normal, à la partie inférieure du bassin, de l'uretère qui décrit une crosse sans vaisseau. L'anomalie urétérale, probablement congénitale, consiste en une dilatation exagérée de la partie lombo-iliaque visible du conduit, avec sténose très marquée de sa partie supérieure, limitée au point d'abouchement du conduit dans le bassin.

II. — ACCIDENTS ABDOMINAUX AIGUS SYMPTOMATIQUES D'UNE HYDRONÉPHROSE COMPLIQUÉE DE TRAUMATISME

A) *Traumatisme révélateur d'une hydronéphrose*

OBSERVATION XLII. (Résumée)

(WAGNER, cité par NAVARRO)

Traumatisme lombaire. Symptômes d'occlusion intestinale Apparition d'une hydronéphrose droite

Un garçon de 10 ans, jusqu'alors bien portant, tombe sur les marches d'un escalier. Le côté droit reçoit le traumatisme. Douleurs violentes, suivies d'hématuries. Le lendemain, apparaissent des symptômes d'occlusion intestinale, qui vont en s'atténuant peu à peu, et disparaissent au bout de cinq jours. Alors, on trouve, dans le flanc droit, une résistance qui augmente les jours suivants, et disparaît au bout de deux semaines.

Trois semaines après, de violentes douleurs accompagnent l'apparition d'une tumeur dans le côté droit du ventre. L'examen montre qu'il s'agit d'une hydronéphrose. Néphrectomie. Guérison.

OBSERVATION XLIII. (Résumée)

(DÉLÈTTEZ cité par NAVARRO)

Traumatisme lombaire, symptômes de « péritonite ». Apparition d'une hydronéphrose droite

Enfant de 10 ans ayant fait plusieurs chutes suivies de douleurs dans la région rénale. La dernière fut suivie d'hématurie, et d'accidents de « péritonite ». L'enfant se remit,

mais on constata une tumeur rénale du côté droit. Il s'agissait d'une hydronéphrose. Néphrectomie. Guérison.

B) *Rupture traumatique d'hydronéphrose*

Rupture extrapéritonéale avec signes péritonéaux.

La rupture traumatique extrapéritonéale des hydronéphroses donne des symptômes péritonéaux. C'est d'ailleurs pour des cas de ce genre que Lepoutre a créé le terme de forme péritonéale de la contusion du rein.

OBSERVATION XLIV. (Résumée)

(LEFÈBVRE)

Syndrome abdominal aigu dû à la rupture traumatique d'une hydronéphrose droite.

Un aspirant de marine de 18 ans est serré par un câble et renversé. Il ressent une douleur abdominale très vive; il essaye de reprendre son travail, mais, une heure après, la douleur de plus en plus vive provoque une petite syncope. Le malade s'alite; vomissements bilieux, ni selle ni gaz. Mictions et urines normales.

Le 2^e et le 3^e jours, l'état reste le même, l'arrêt des gaz est complet, le pouls est à 120, la température à 37,8 axillaire. Le ventre est ballonné, la défense musculaire généralisée : syndrome du ventre de bois. On ne constate pas d'ondes péristaltiques. Il existe de la matité dans le flanc droit; par contre la région lombaire est parfaitement silencieuse. Le toucher est négatif. Le malade émet dans la journée 1.500 grammes d'urines normales.

Le 4^e jour, le facies est mauvais, le pouls à 130, les vomissements sont devenus fécaloïdes. La laparotomie permet de constater une rupture d'hydronéphrose.

OBSERVATION XLV. (Résumée)

(MACALPINE)

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une rupture traumatique d'hydronéphrose.

Enfant de 7 ans; le matin précédent, il a eu, en sautant de son lit, un traumatisme du flanc gauche. Pendant la nuit, plusieurs vomissements. Douleurs persistantes dans le flanc gauche.

Le lendemain, l'enfant est envoyé à l'hôpital; les vomissements persistent, pouls à 140, température 99 F. Il n'y a eu ni selles ni gaz depuis le début des accidents, les urines sont restées parfaitement claires.

Le facies est rose, la langue est propre. L'examen décèle un ballonnement intense du ventre, avec contracture plus marquée à gauche et douleurs réveillées à ce niveau par la pression. Matité à la percussion.

Laparotomie pararectale gauche. L'estomac, l'intestin, la rate sont normaux. *Il n'y a pas de sang dans le péritoine.* Mais le côlon descendant est repoussé en dedans par une collection rétropéritonéale contenant de l'urine. Après fermeture du péritoine, on aborde le rein gauche par lombotomie et on évacue du liquide urinaire. Les suites furent marquées par une pneumonie post-anesthésique; néanmoins la guérison survint en trois semaines, sans troubles abdominaux.

OBSERVATION XLVI

(VON SAAR)

Accidents abdominaux aigus symptomatiques de la rupture traumatique extrapéritonéale d'une hydronéphrose.

Un homme de 29 ans, entre avec les *signes d'un iléus*. Un antécédent peu précis : un an et demi auparavant, le malade aurait fait une chute, à la suite de laquelle il aurait perdu connaissance. Transporté dans un hôpital il aurait été opéré d'appendicite (?).

L'affection actuelle a débuté la veille au soir, brusquement, par une douleur aiguë dans le côté droit du ventre, des vomissements, du ballonnement, de la défense musculaire, maximum à droite. La cicatrice iliaque d'appendicectomie est soulevée en calotte, molle, sans fluctuation. Les deux régions lombaires sont douloureuses à la pression; pas de douleur à la miction, urines claires. Constipation absolue.

On pense à des accidents d'iléus par adhérences au niveau de l'ancien foyer appendiculaire.

Intervention. — Incision dans la cicatrice iliaque droite. On trouve un tissu infiltré, œdémateux, se prolongeant en dessous et en dedans, et au milieu duquel on ne distingue rien. On referme.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Après avoir rompu quelques adhérences, on arrive facilement sur le cæcum; il est soulevé par une masse kystique, molle, de paroi mince, qui s'étend en haut, en dedans et en bas; elle occupe le plan rétropéritonéal. Elle se laisse isoler et extraire, et sa nature devient évidente lorsqu'on reconnaît et lie, d'une part un pédicule vasculaire en dedans, d'autre part en dessous, l'urètre. C'est un sac hydronéphrotique. Tamponnement et fermeture. Après quelques incidents, guérison.

On avait appris pendant ce temps, ce qui s'était passé lors de la première opération; le malade, après une chute, avait

été amené à l'hôpital pour des douleurs abdominales, de la rétention d'urine; le ventre, tendu, était le siège, surtout à droite et en bas, d'une forte défense musculaire. Le lendemain : hoquet, ni selles ni gaz; on songe à une lésion intra-abdominale, et l'on décide une intervention. Une incision sur le bord externe du droit découvre le cæcum tout à fait normal; en arrière de lui, tout le tissu rétropéritonéal est occupé par une infiltration œdémateuse, qui fuse jusque dans le bassin. Dans l'hypothèse d'une rupture de l'uretère, on explore l'uretère droit, puis le rein, sans rien trouver. On réunit, en laissant quelques mèches de gaze. Ces mèches furent imbibées d'un suintement liquide abondant, durant les premiers jours, puis la cicatrisation se fit peu à peu. Mais, un mois après, une pleurésie purulente droite dût être drainée. Le malade se rétablit lentement.

III. — ACCIDENTS ABDOMINAUX AIGUS SYMPTOMATIQUES D'UNE HYDRONÉPHROSE INFECTÉE

Quand une hydronéphrose est infectée secondairement, elle peut, en l'absence de signes urinaires, se traduire par des symptômes de réaction péritonéale. M. le Professeur agrégé Santy a publié 3 observations de pyonéphrose qui se sont présentées cliniquement de la sorte, et qu'il interprète comme des hydronéphroses infectées.

OBSERVATION XLVII. (Résumée) (SANTY)

Pyonéphrose droite à symptomatologie uniquement abdominale simulant l'appendicite suppurée.

Un homme de 26 ans est pris brusquement de phénomènes

abdominaux très intenses, localisés à la fosse iliaque droite. Pas de troubles urinaires.

On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire, et on opère d'urgence. Incision de Roux. Il n'y a pas de pus dans le péritoine. Il s'agit d'un gros rein pyonéphrotique. Marsupialisation du péritoine, et drainage par voie antérieure.

Il persiste une fistule, que l'on guérit, un mois après, par une néphrectomie secondaire.

OBSERVATION XLVIII. (Résumée)

(SANTY)

Pyonéphrose droite à symptomatologie uniquement abdominale.

Femme de 28 ans, sans antécédent pathologique, prise subitement de phénomènes péritonéaux bruyants, avec température élevée. Bientôt, apparaît dans l'hypochondre droit, une volumineuse collection suppurée sous-hépatique. La malade est opérée d'urgence par le Docteur Leriche, par une incision sous-costale, antéro-latérale droite. Evacuation d'une grosse quantité de pus, sans que rien n'ait attiré l'attention du côté du rein. Quelques mois plus tard, alors que l'incision était cicatrisée, nouvelle poussée fébrile qui nécessite un débriement de la cicatrice : les urines sont restées absolument normales. Six mois après, la fièvre et les douleurs reparaissent : cette fois on songe à faire une cystoscopie; l'uretère droit cathétérisé ne donne pas d'urine. Il s'agit donc d'une affection rénale, et, le rein gauche étant bon, on pratique une néphrectomie suivie de guérison.

OBSERVATION XLIX. Résumée)

(SANTY)

*Pyonéphrose droite à symptomatologie abdominale simulant
l'appendicite suppurée.*

Femme de 48 ans, crise abdominale datant de six jours, température élevée, pas de passé pathologique méritant d'être signalé, en particulier aucun signe urinaire. On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire.

Incision oblique antéro-latérale droite. Le péritoine est sain il n'y a rien d'anormal à l'intérieur de la cavité abdominale. Après cloisonnement du péritoine, on évacue une collection purulente rétropéritonéale.

Huit jours plus tard on pratique par voie lombaire la néphrectomie secondaire.

CHAPITRE V

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une infection rénale

Les troubles gastro-intestinaux sont extrêmement fréquents au cours des pyélonéphrites aiguës: on n'insiste peut-être pas assez sur ce fait. Les troubles gastro-intestinaux font partie de la symptomatologie de la pyélite. Lorsqu'une malade est atteinte de cystite aiguë, les nausées, sinon les vomissements, représentent le signe presque pathognomonique de la complication pyélique. D'autre part, nous connaissons des cas où la phase aiguë d'une pyélonéphrite fut marquée par un véritable état d'obstruction intestinale, d'évolution parallèle à celle des lésions rénales. M. le Docteur Gauthier, assistant urologiste de la clinique du Professeur Tixier, a maintes fois décrit devant nous cette symptomatologie gastro-intestinale de la pyélonéphrite.

Mais existe-t-il des infections rénales se manifestant uniquement par des signes digestifs d'allure aiguë, en

l'absence de signes urinaires? C'est rare, car il est nécessaire qu'une obstruction urétérale empêche la pyurie de se manifester. Ces conditions se réalisent parfois cependant au cours des hydronéphroses infectées, et dans les pyélites calculeuses. La mobilité rénale joue peut-être un rôle, car ces cas sont plus fréquents du côté droit. C'est pourquoi, presque toujours ces cas ont été pris pour des appendicites.

Forme simulant l'appendicite

Dans une communication à la Société d'Urologie (1925), MM. V. Rochet et Thévenot ont déclaré avoir observé des cicatrices d'appendicectomie chez 6 % de leurs malades atteints de lésions du rein droit. Bien entendu, l'appendicite est une maladie assez fréquente pour qu'il s'agisse bien souvent d'une simple coexistence d'une appendicite aiguë dans les antécédents.

D'autre part, il est des pyélites d'origine appendiculaire (Proust, Gayet, Heitz-Boyer). Mais, néanmoins, cette statistique donne à réfléchir.

Voici un cas de pyélite calculeuse où l'appendicectomie allait être pratiquée, sans l'apparition brusque d'une pyurie: un syndrome abdominal aigu, avec douleur au point de Mac-Burney, était la seule manifestation de la **maladie rénale**.

OBSERVATION L. (Résumée)

(NEWMAN)

Pyélite d'origine calculeuse à symptomatologie uniquement abdominale simulant l'appendicite aiguë. Apparition tardive des phénomènes urinaires.

Il s'agissait d'un malade chez lequel on constatait tous les symptômes et signes physiques de l'appendicite aiguë (constipation, vomissements, contracture, douleur au point de MacBurney). Les urines contenaient des traces d'albumine, mais ni sang ni pus. Le malade avait eu déjà 4 crises du même genre.

L'opération était décidée, lorsque l'apparition soudaine d'une débâcle purulente dans les urines fit soupçonner l'existence d'une maladie rénale. La cystoscopie et la radiographie mirent en évidence un calcul du rein avec pyonéphrose. L'intervention rénale guérit les troubles abdominaux.

Voici un cas du même genre, où les urines, pourtant infectées, ne présentaient pas d'altération macroscopique.

OBSERVATION LI. (Résumée)

(FISCHL)

Pyélite calculeuse se révélant par un syndrome d'obstruction intestinale.

Les douleurs siégeaient dans la région du côlon descendant, et s'accompagnaient de météorisme et de vomissements, de sorte qu'on pensa à une obstruction du canal intestinal, qu'on essaya de combattre, mais sans succès.

Ce n'est que lorsque survint du collapsus que l'urine fut examinée microscopiquement : on y trouva de nombreux globules rouges et blancs, quelques cylindres hyalins et épithéliaux, et un grand nombre de cristaux d'acide urique, en un mot tous les caractères de la pyélite calculeuse. On peut donc, en pareil cas, faire le diagnostic par un examen précoce de l'urine, même lorsque celle-ci est claire et transparente.

Il existe, évidemment, des *cas douteux*, où la *pyélite* a pu être *secondaire* à une *appendicite*; en voici deux exemples.

OBSERVATION LII. (Résumée)

(ERICH ROSENKRANZ)

Pyélite à symptomatologie appendiculaire

Un malade qui avait subi une opération de Whitehead pour hémorroïdes fit le soir une rétention d'urine, qui nécessita un cathétérisme. Le lendemain, douleurs abdominales, intenses, nausées, fièvre. La palpation de la région iléo-cæcale constate une contracture nette, avec signes de Rovsing et de Blumberg. Le surlendemain, la contracture était si caractéristique que le diagnostic d'appendicite n'était pas douteux, bien que des urines un peu troubles eussent pu faire penser à une pyélite par infection ascendante due au cathétérisme.

Le 4^e jour les phénomènes abdominaux persistent, un frisson s'accompagne d'élévation thermique à 40, et l'on constate un abcès de la région iléo-cæcale et lombaire. Une incision évacue un demi-litre de pus.

Le 12^e jour, sécrétion d'urine par la plaie. Malgré tout la plaie se cicatrise et à mesure qu'elle se ferme les urines deviennent très troubles; le cathétérisme urétéral révèle une telle insuffisance du rein droit qu'on allait faire la néphrec-

tomie, lorsqu'on songea à pratiquer des lavages du bassinnet. Au bout de deux lavages les urines se clarifièrent, et la guérison survint.

Deux ans plus tard, le malade fut revu en bonne santé; seule la valeur fonctionnelle du rein droit était un peu diminuée.

OBSERVATION LIII. (Résumée)

(J. DOUGLAS)

Syndrome abdominal symptomatique d'abcès multiples du rein chez un enfant.

Une petite fille de 7 ans est amenée d'urgence avec des douleurs abdominales très vives, des vomissements, des frissons, une fièvre élevée. Depuis trois mois, l'enfant était souvent fébrile, on avait remarqué que son urine était parfois trouble, mais on n'y avait vu ni sang ni calcul.

L'examen montra une tuméfaction siégeant du côté droit de l'abdomen, un peu au-dessus de l'ombilic, avec contracture de la paroi. On fait le diagnostic d'abcès appendiculaire rétro-cæcal.

Intervention. — Laparotomie iliaque droite. L'appendice volumineux est enlevé, mais on constate que la tumeur est formée en réalité par le rein droit. On fait une néphrectomie par voie antérieure, suivie de drainage et la guérison survient en trois semaines.

Le rein droit était couvert d'abcès nécrotiques, les plus petits de la dimension d'une tête d'épingle, les plus grands atteignant 1 cm. de diamètre. Le bassinnet était distendu par 100 cc. d'urine trouble.

Mais le tableau de l'appendicite est surtout réalisé par la pyonéphrose fermée. La symptomatologie rénale peut

alors être nulle, les modifications de l'urine peuvent faire complètement défaut, et seule la collection pyoné-
phrotique, jointe à un état général grave et à une réaction abdominale inquiétante, constituent le tableau clinique. Nous renvoyons aux 3 observations caractéristiques rapportées à la Société de Chirurgie de Lyon par M. le Professeur agrégé Santy (voir hydronéphroses infectées, p. 94).

Formes avec occlusion intestinale symptomatique

Les accidents se généralisent parfois à tout l'abdomen :
les cas suivants en font foi.

OBSERVATION LIV. (Résumée) (ESTRABAUT)

Pyonéphrose droite et obstruction intestinale

Un malade de 53 ans entre d'urgence à Beaujon pour des phénomènes d'obstruction intestinale : absence de selles et de gaz depuis trois jours, douleurs abdominales, vomissements jaunâtres.

A l'examen, ballonnement extrême, distension sonore du gros intestin. Le pouls est à 100, température 40, le toucher est négatif. On finit par constater une plénitude de la fosse lombaire droite, et une ponction faite à ce niveau ramène du pus. On apprend alors qu'il y a 15 jours le malade avait ressenti une douleur vive dans le côté droit de l'abdomen et avait eu plusieurs vomissements. Il avait repris son travail mais chaque soir il ressentait des frissons.

Une incision lombaire évacua près d'un litre de pus; le doigt explorant la plaie percevait une cavité à poches multiples qui paraissait être un rein pyonéphrotique.

Le malade mourut et on constata à l'autopsie une pyonéphrose droite à poches multiples sus-jacente à un rétrécissement de l'uretère. Du côté gauche gros rein blanc. En somme, une grosse collection rénale était restée silencieuse, ne donnant lieu à aucun signe fonctionnel urinaire. C'est l'obstruction intestinale par paralysie réflexe qui dominait le tableau et faillit entraîner la laparotomie médiane.

OBSERVATION LV. (Résumée)

(PATEL et MALLET-GUY)

Occlusion intestinale révélatrice d'un grand kyste suppuré du rein gauche.

Une femme de 21 ans, sans antécédents urinaires, ni intestinaux, présente un syndrome abdominal aigu prédominant à gauche, et qui a débuté à l'occasion d'une purgation.

Température 40, vomissements porracés, constipation, quelques gaz filtrèrent cependant. Le ventre est très ballonné, mais sans contracture, et l'on constate des *ondes péristaltiques*.

Les urines contiennent un peu d'albumine, mais, par ailleurs, on ne constate rien d'anormal.

Un traitement médical amène une évacuation suffisante du contenu intestinal pour que, au bout de quelques jours, le ballonnement ayant diminué, on puisse percevoir une tumeur dans l'hypochondre gauche.

On pratique une néphrectomie par voie antérieure. Suites simples.

Sur la pièce on voit un grand kyste suppuré qui fait une saillie accentuée à la partie antéro-externe du rein, et qui distend le péritoine pariétal postérieur.

On voit que le diagnostic de collection purulente de la fosse iliaque droite fut posé; mais les troubles abdominaux sont parfois assez intenses pour masquer toute tuméfaction. En l'absence totale de signes urinaires, comment ne pas poser le diagnostic d'iléus ?

OBSERVATION LVI. (Résumée)

(KARL FABIAN)

Symptomatologie d'occlusion intestinale ayant entraîné à une laparotomie exploratrice. Pyonéphrose d'origine ascendante due à une tumeur infectée de la vessie.

Un malade est amené avec des signes d'occlusion intestinale; il n'avait pas de troubles urinaires, on avait noté seulement, au toucher rectal, une induration faisant songer à une prostatite.

Une laparotomie exploratrice ne révéla rien d'anormal dans la cavité abdominale; on remarqua seulement que le rein droit était gros. A la suite de cette intervention, les phénomènes d'obstruction intestinale cédèrent.

Quinze jours après, on constata, pour la première fois, une diminution de la quantité des urines. Une résistance douloureuse existait dans la région du rein droit, et on enleva par néphrectomie droite une pyonéphrose assez volumineuse. L'examen histologique fit conclure à une pyélite probablement d'origine ascendante.

Quelques jours après survint une rétention d'urine; on fit alors une cystostomie qui permit de découvrir une tumeur de la vessie siégeant au niveau du bas-fond et qui avait oblitéré l'orifice urétéral droit.

Nous croyons pouvoir conclure que, dans un certain nombre de crises aiguës, pseudo-appendiculaires, l'examen microscopique des urines montrera les signes d'une pyélite méconnue, et que, dans certains cas, avant d'affirmer le diagnostic d'abcès appendiculaire rétro-cœcal, la sonde urétérale devra vérifier s'il ne s'agit pas d'une pyonéphrose latente. De même, toute occlusion intestinale (qui ne fait pas sa preuve) mérite un examen urologique approfondi.

CHAPITRE VI

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'un phlegmon périnéphrétique

Nous éliminerons, bien entendu, les cas où une collection périnéphrétique rompt le péritoine pariétal postérieur, et détermine une péritonite généralisée (Ginisty, Fumery).

Il existe également des cas douteux, où un phlegmon périnéphrétique antérieur avec troubles abdominaux est, en réalité, secondaire à une affection intestinale préexistante. La portion prérénale de l'espace périnéphrétique constitue un terrain mixte, souvent infecté par l'intestin voisin. M. le Professeur Patel a insisté sur les abcès lombaires gauches d'origine intestinale ; à droite il y a des phlegmons périnéphrétiques d'origine appendiculaire (Bérard et Vignard, Nègre, etc.) ; ces abcès contiennent des colibacilles et des anaérobies.

Pour éviter toute confusion, nous avons éliminé de

cette étude tous les cas où l'infection pouvait provenir de l'intestin. Nous aurons donc affaire surtout à des périnéphrites suppurées d'origine dite métastique, à staphylocoques le plus souvent.

Rayer avait déjà fait allusion à l'existence des troubles abdominaux dans l'évolution des phlegmons périnéphrétiques. Selon Lejars, ces phénomènes seraient surtout le fait des *abcès antérieurs*.

OBSERVATION LVII. (Résumée)

(LEJARS)

Abcès périnéphrétique prérénal révélé par des accidents d'occlusion intestinale.

Une femme de 50 ans entre dans un service de médecine avec des accidents d'occlusion intestinale, d'allure fort étrange, mais dont la gravité était suffisamment démontrée par la petitesse du pouls, le facies, les vomissements, le ballonnement considérable et la grande sensibilité du ventre. On percevait vaguement, par le palper, dans le flanc gauche, une grosse tuméfaction profonde, à limites indistinctes.

Laparotomie médiane sous-ombilicale. Le colon descendant est refoulé par une grosse tumeur, qui remplit et soulève le mésocolon; les deux feuillets mésocoliques sont sous-tendus par une nappe œdémateuse jaunâtre. En dissociant cette nappe d'œdème purulent, découverte d'une poche tendue, grisâtre, d'où la ponction ramena 400 gr. d'un liquide trouble, jaune rougeâtre, mêlé de grumeaux purulents. Marsupialisation de cette poche. Drainage d'une vaste cavité qui occupait la face antérieure du rein gauche. Les accidents cessèrent mais la suppuration persista longtemps et la malade fut perdue de vue.

OBSERVATION LVIII. (Résumée)

(GAYET)

Phlegmon périnéphrétique antérieur à symptomatologie abdominale pure.

Une femme de 24 ans est envoyée en urologie du service de chirurgie générale du docteur Desgouttes, le 4 novembre.

Dans ses antécédents on ne note qu'une constipation habituelle.

Il y a quinze jours, alors qu'elle venait de traverser une crise de constipation plus forte que d'habitude, avec douleurs abdominales, elle est prise brusquement d'un point de côté dans la fosse iliaque droite. Huit jours après, douleurs plus violentes, qui l'obligent à s'aliter. Cette crise dure deux jours et s'accompagne de vomissements. Pendant les six jours suivants, elle ne souffre plus, mais garde de la fièvre.

Brusquement, il y a deux jours, nouvelle crise plus douloureuse. A l'examen, douleurs provoquées par la palpation, à la limite de l'hypochondre et du flanc droit, et, en arrière, au-dessous des fausses côtes. Tuméfaction considérable occupant l'hypochondre droit, et présentant du ballonnement.

La température est à 38-39,3, le pouls est à 96. Les urines ont des traces de sang, mais ne contiennent ni pus ni sucre.

Le cathétérisme urétéral montre des urines claires des deux côtés, et, à droite seulement, une concentration d'urée extrême : 56 gr. au litre contre 23 gr. à gauche.

Dans les jours suivants, la température baisse, la tuméfaction est bosselée et devient très dure en avant.

Intervention le 14 novembre 1919. Incision lombaire droite. Rein très gros entouré de périnéphrite œdémateuse. Décortication prudente amène l'ouverture d'un abcès prérénal ou mieux prépyélique. Le doigt sent la poche limitée en arrière par le bassin et les vaisseaux.

Le rein, gros, pâle, est ponctionné en plusieurs endroits; il ne contient pas de pus.

Les suites furent simples.

L'examen du pus montra quelques polynucléaires, pas de microbes.

Le cas suivant, où il s'agissait d'un phlegmon périnéphrétique à type inférieur, montre que la symptomatologie peut être purement abdominale pendant toute la durée de l'évolution.

OBSERVATION LIX

(in thèse CÉLOS)

*Occlusion intestinale. Anus artificiel. Mort. Autopsie :
phlegmon périnéphrétique.*

Il s'agissait d'une vieille femme de 79 ans, cachectique, jaunâtre, couchée depuis longtemps, en proie à une constipation opiniâtre, accompagnée de vomissements. Apyrexie complète, langue sale, météorisme accentué. Dans la fosse iliaque gauche on percevait une tumeur empâtée, sonore, siégeant assez haut.

La malade urinait bien, et ne se plaignait que de sa constipation, contre laquelle plusieurs purgations étaient demeurées sans effet.

Le quatrième jour après l'entrée à l'hôpital, les vomissements étaient incessants, le météorisme considérable, les douleurs irradiées à tout l'abdomen. On fit le diagnostic d'occlusion de l'S iliaque, probablement d'origine cancéreuse.

Intervention. — On ne peut trouver le cæcum, et l'on fait un anus sur une anse grêle que l'on pense juxtacæcale. Suites immédiates bonnes. L'anus fonctionne bien, mais huit jours

après l'opération la malade est reprise de délire et d'agitation, elle a de la fièvre vespérale. Il n'y a pas de troubles urinaires, mais on constate néanmoins un peu d'albumine. La malade meurt.

Autopsie (Cornil). — Une collection fluctuante emplit le flanc gauche, longeant le côlon descendant. Elle est rétro-péritonéale, et ressemble d'abord à une psoitis. En haut, la poche arrive au niveau du rein qu'elle entoure en grande partie. Le psoas n'a rien. Le rein gauche est seulement congestionné : ni calcul ni pyélite. Pas de cancer intestinal, rien que du météorisme. Le rein droit est normal. En somme il s'agissait d'un phlegmon périnéphrétique ayant déterminé des phénomènes d'occlusion.

Ces réactions abdominales peuvent être observées non seulement dans les formes antérieures, mais dans tous les cas de phlegmon périnéphrétique. Lorsqu'on interroge minutieusement les malades, on retrouve, dans leurs antécédents, une phase de phénomènes gastro-intestinaux, qui a précédé de longtemps l'apparition des signes lombaires. Dans l'observation ci-dessous, la lenteur de l'évolution a particulièrement bien dissocié ces deux phases, gastro-intestinale, puis lombaire, de la symptomatologie.

OBSERVATION LX. (Résumée)

(BONNEAU)

*Phénomènes gastro-intestinaux d'évolution prolongée.
Apparition tardive d'un phlegmon périnéphrétique droit.*

Femme de 39 ans, n'ayant dans ses antécédents qu'un état de constipation habituelle. Furoncles des fesses. Douleurs lom-

bo-abdominales droites avec crises de diarrhée. Température 39. Un peu de douleur dans l'hypochondre droit; les urines sont claires, elles ne contiennent ni sang ni pus, il n'y a aucun trouble fonctionnel urinaire. Cet état se prolonge pendant un mois durant lequel la malade est considérée comme atteinte de grippe gastro-intestinale avec hépatomégalie.

Enfin, une énorme tuméfaction apparaît dans le flanc droit et la région lombaire, température 37,4.

L'intervention, par laparotomie sus-ombilicale et incision de Bazy, montra l'existence d'un phlegmon ligneux périnéphrétique avec néphrite chronique, et se termina par une néphrectomie.

Cette phase de troubles gastro-intestinaux explique que les malades de ce genre sont souvent hospitalisés dans un service de médecine avec le diagnostic de typhoïde ou de grippe gastro-intestinale. Pour M. le Professeur Tixier, l'évolution anatomique du phlegmon nous rend compte de ces faits. Quand la staphylococcie vient frapper la graisse périrénale, elle l'enflamme en totalité avant de déterminer une collection localisée. Or, en avant du rein la couche graisseuse est très mince, et le péritoine, qui lui est intimement accolé, réagit. En arrière, au contraire, l'épaisseur énorme de la paroi lombaire ne permet encore à aucun symptôme de se manifester. La symptomatologie se trouve donc faite uniquement, pendant cette phase, de réaction péritonéale et intestinale simulant l'appendicite, la cholécystite, et même l'occlusion.

L'observation qu'on va lire, vient à l'appui de ces raisonnements et fournit, sous forme de constatations opératoires, la preuve de leur exactitude.

Chez un malade opéré par erreur avec le diagnostic d'affection abdominale aiguë, on surprend le phlegmon périnéphrétique, encore latent, à cette *phase d'œdème inflammatoire auquel réagit seul le péritoine*.

OBSERVATION LXI. (Résumée)

(GUILLEMINET)

Syndrome abdominal douloureux de la fosse iliaque droite.

Intervention : périnéphrite à staphylocoques. Guérison par la vaccinothérapie.

Un jeune homme de 18 ans, cultivateur, de bonne santé habituelle, est envoyé d'urgence à l'infirmerie de porte de l'Hôtel-Dieu, avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il y a deux mois, il avait déjà eu des troubles ressemblant à une indigestion.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre jours. Douleurs abdominales très intenses au point appendiculaire, vomissements, température 38,4, pouls à 100. Aucun trouble urinaire.

L'examen montre un empâtement douloureux de l'hypochondre droit et de la fosse iliaque droite, défense musculaire peu intense, gargouillement cæcal. On songe à une appendicite rétro-cæcale.

Intervention. — Laparotomie latérale droite. Un peu de sérosité limpide dans le ventre. L'appendice est enlevé il ne présente aucune lésion. Par contre, on constate un œdème considérable, gélatineux, tremblotant, qui emplit la gouttière pariéto-colique droite et déborde en dedans le colon ascendant qu'il soulève. La ponction ramène un peu de liquide séreux. On referme l'abdomen.

Le lendemain, l'examen des urines révèle une pyurie lé-

gère, on apprend par l'interrogatoire que le malade avait eu des furoncles peu de temps auparavant. La tuméfaction augmente progressivement à partir de ce jour. Le 22^e jour, un cathétérisme urétéral retire du rein droit des urines contenant quelques polynucléaires et des staphylocoques. L'inoculation est négative au point de vue de la tuberculose.

Ce malade guérit rapidement par un traitement vaccinothérapique.

Il faut être très méfiant à l'égard de ces réactions péritonéales légères accompagnant un état fébrile; tout malade porteur, sur un point quelconque du corps, d'une staphylococcie ou d'une infection susceptible de créer un abcès périnéphrétique, doit être soigneusement observé au point de vue périrénal. A notre avis, cette réaction péritonéale parfois constitue le signe le plus précoce du phlegmon périnéphrétique en voie de formation.

CHAPITRE VII

Accidents abdominaux aigus symptomatiques d'hémorragies périnérales spontanées

Le syndrome rétropéritonéal

L'atmosphère périrénale peut être le siège d'hémorragies abondantes, d'apparence spontanée, que Wunderlich paraît avoir décrites le premier, en 1856, sous le nom d'*apoplexie spontanée de la capsule du rein*. Les travaux de Coenen, Siedel, Lenormant, le rapport de Cathelin au XV^e Congrès d'Urologie, les articles de Lipkens, de Fowler, Rapin et la thèse de Jorcin, permettent de réunir un certain nombre d'observations de cette affection rare. En tenant compte des travaux les plus récents, on n'en trouve guère qu'une cinquantaine de cas dans la littérature.

La cause de l'hématome est extrêmement variable : rénale fréquemment (néphrite, infarctus, anévrysme de

l'artère rénale), surrénale parfois, très souvent ignorée. Nous ne voulons insister ici que sur une particularité de la symptomatologie. On décrit ordinairement aux hématomes péritonéaux spontanés 3 ordres de symptômes :

1° La douleur;

2 °Les signes d'hémorragie interne;

3° La présence dans la région rénale d'une tuméfaction due à la formation de l'hématome.

Or, *il est une catégorie de symptômes*, déjà signalée par Rapin et par Gréco, *qui prend souvent le pas sur tous les autres* jusqu'à changer complètement l'allure clinique de l'affection: *ce sont les symptômes abdominaux*. Il n'y a pas d'effraction du péritoine, et la cavité abdominale ne contient pas de sang, mais le feuillet pariétal postérieur du péritoine est brusquement distendu par l'hémorragie et cela suffit pour déterminer: des signes de réaction péritonéale, des symptômes intestinaux.

a) Des douleurs irradiées à tout l'abdomen, des vomissements, une contracture souvent rigide de la paroi abdominale et les modifications habituelles du pouls et de l'état général, marquent *la réaction du péritoine*. Cette réaction est souvent aussi forte que si le sang était épanché directement dans la cavité péritonéale.

Il peut paraître étonnant que la présence d'un épanchement sanguin sur la face externe du péritoine pariétal détermine les mêmes réflexes que l'excitation du versant interne, séreux, de ce feuillet péritonéal. C'est

que, en réalité, ce n'est pas le contact du sang ni sa résorption par un endothélium qui causent les troubles observés: les feuillets péritonéaux sont particulièrement sensibles à la traction et à la distension. Peu importe que cette distension s'exerce sur la face externe ou sur la face interne du péritoine pariétal.

En 1915 Quénu, à propos de signes péritonéaux observés dans les plaies non pénétrantes de l'abdomen, avait déjà montré qu'un syndrome de péritonisme peut être réalisé par un hématome sous-péritonéal irritant la face externe de la séreuse. Guibal et Rémy, en 1927, ont décrit ces faits sous le nom de *syndrome parapéritonéal*, et se sont efforcés d'en dégager les différences avec le syndrome péritonéal vrai. Ces auteurs avaient surtout en vue les épanchements sanguins d'origine traumatique, mais leur explication reste vraie pour les hémorragies spontanées.

b) *Des symptômes intestinaux* s'ajoutent à ce tableau péritonéal. Le ballonnement, l'arrêt des matières et des gaz peuvent être dus à des réflexes d'origine péritonéale, mais leur mécanisme d'apparition est souvent plus direct.

Le sang épanché derrière le péritoine pariétal postérieur s'infiltré dans la région des mésos, attaquant l'intestin dans ses œuvres vives, au niveau de ses pédicules vasculo-nerveux. Il en résulte, anatomiquement, une infiltration hémorragique du colon ascendant et descendant, et une dilatation paralytique de tout le segment intestinal correspondant au méso infiltré.

Dans les observations qui vont suivre, nous retrouve-

rons ces deux éléments, péritonéal et intestinal, de la symptomatologie.

ACCIDENTS ABDOMINAUX GÉNÉRALISÉS

Le tableau est celui d'une occlusion ou d'une péritonite.

OBSERVATION LXII. (Résumée) (CHAUVENET)

Occlusion intestinale aiguë symptomatique d'un hématome périrénal « spontané ».

Femme de 59 ans, obèse, habituellement bien portante. Brusquement, survient une violente douleur dans le ventre, qui se localise bientôt à gauche, et s'accompagne de vomissements, d'oligurie, d'arrêt des matières et des gaz.

La malade est vue, 48 heures après, avec un ventre extrêmement ballonné, difficile à palper. Le toucher est négatif, on ne perçoit qu'une vague tuméfaction iliaque gauche.

On fait le diagnostic d'occlusion intestinale de cause X et on intervient d'urgence. La paroi incisée, le péritoine apparaît bleuté, on le fend, et on trouve le colon descendant et l'S iliaque infiltrés de sang, lie de vin. En arrière du péritoine pariétal, une masse sanguine bombe. On ferme le péritoine, puis on décolle le feuillet pariétal postérieur. L'hématome enlevé, on peut voir et palper le pôle inférieur du rein gauche, qui paraît intact. Du sang suinte des parois de la loge, mais rien ne saigne en jet. Tamponnement.

La malade meurt deux jours après d'anurie.

OBSERVATION LXIII. (Résumée)
(HERING)

Hématome périrénal gauche post-scarlatin. Syndrome péritonéal. Laparotomie. Mort.

Un garçon de 7 ans, convalescent d'une scarlatine au cours de laquelle on n'avait pas constaté de lésion rénale, ressentit brusquement une douleur périombilicale, accompagnée de gonflement du testicule gauche. Température 38; en même temps surviennent des vomissements, de la constipation, et bientôt un arrêt complet des matières et des gaz. Le petit malade est pâle, dyspnéique, la paroi abdominale est tendue, le cordon gauche, légèrement tuméfié, est douloureux à la pression. On pense à une péritonite par étranglement épiploïque.

Intervention (Billroth). — Incision parallèle à l'arcade crurale gauche. Le testicule est infiltré de sang. On fait une laparotomie pour vérifier s'il n'y a pas d'iléus : pas d'obstruction, mais le péritoine pariétal postérieur, en avant du rein gauche, fait une forte saillie et a une teinte bleuâtre. La ponction ramène du sang rouge sombre. On ferme le ventre.

On fait, à gauche, une incision de Bergman. Les couches musculaires profondes sont infiltrées de sang, de même que la cavité adipeuse du rein. Le pôle inférieur du rein, mobile, est normal. Drainage.

Les urines sont vérifiées : elles ne contiennent ni sang, ni albumine.

L'enfant mourut de péritonite. L'autopsie ne permit pas de découvrir l'origine de l'hématome périrénal.

La symptomatologie péritonéale est particulièrement marquée dans les cas d'hémorragie d'origine surrénale. La richesse nerveuse des surrénales, leurs rapports

étroits avec le plexus solaire, en fournissent facilement l'explication. On sait aussi depuis longtemps, que l'insuffisance surrénale est capable de se manifester par un syndrome de pseudo-péritonite (Sergent et Bernard, Nattan-Larrier, Arnaud, Esbstein).

OBSERVATION LXIV. (Résumée)

(PRITCHARD)

Syndrome péritonéal : hématome périnéphrétique, par lésion des capsules surrénales.

Une vieille femme démente de 76 ans, entre à l'hôpital pour bronchite chronique et constipation habituelle. Deux mois plus tard, elle ressent brusquement une violente douleur abdominale. Vomissements, collapsus, température subnormale. Anurie de 24 heures, puis émission d'urine claire sans particularités. Le ventre est extrêmement ballonné. On fait des lavages d'estomac, on donne plusieurs lavements sans succès. Songeant à une hernie étranglée, on explore vainement les orifices herniaires qui sont normaux.

La malade meurt de pneumonie.

Autopsie. — Enorme hématome rétropéritonéal, noyant le rein droit, et se prolongeant jusqu'au contact du rein gauche. Les reins sont normaux, mais la surrénale droite porte une déchirure à son côté interne. Cette hémorragie avait pris naissance au niveau de la substance médullaire.

Une observation du même genre est rapportée par Kock de Posen.

La rupture d'anévrisme de l'artère rénale se traduit aussi parfois par des signes d'occlusion intestinale.

OBSERVATION LXV. (Résumée)

(LINCOLN)

Syndrome abdominal aigu. Laparotomie. Hématome rétropéritonéal par rupture d'un anévrisme de l'artère rénale.

Un homme de 64 ans, sans antécédent de traumatisme ni d'infection vénérienne, mais présentant des signes d'artériosclérose, est pris brusquement de violentes douleurs abdominales siégeant du côté droit. L'abdomen est très distendu, la contracture de la paroi ne laisse percevoir dans la profondeur qu'une masse douloureuse imprécise. Les urines ne contiennent pas de sang.

Trente-six heures après, les mêmes symptômes persistent, et l'on se décide à faire une laparotomie exploratrice. Le cæcum est infiltré de sang; et, en arrière de lui, bombe une masse noirâtre, fluctuante, rétropéritonéale. On referme le ventre.

Une incision lombaire permet d'aborder un volumineux hématome périrénal. Les caillots étant enlevés, il se produit une hémorragie abondante qui nécessite la ligature de l'artère rénale. L'état est trop grave pour permettre l'ablation du rein. Mort d'urémie le 16^e jour.

Ces faits sont à rapprocher des symptômes d'occlusion intestinale ou de péritonite traduisant la rupture d'anévrisme de l'aorte abdominale (Michel et Henry, Mouriquand, Joyce).

L'évolution des accidents n'est pas toujours aussi brutale; après une phase de réaction péritonéale violente et généralisée, on peut voir apparaître des signes locaux: douleur et contracture plus marquées en un point, parfois perception vague d'un empâtement.

Voici quelques observations de ces accidents abdominaux plus localisés.

ACCIDENTS ABDOMINAUX LOCALISÉS

Les uns ressemblent à un ulcère perforé ou à une pancréatite hémorragique.

OBSERVATION LXVI. (Résumée)

(GRASMANN)

Hématome périrénal à symptomatologie abdominale pris pour un ulcère perforé.

Femme de 36 ans, antérieurement opérée de gastro E. A. pour ulcère gastrique. Après l'incision d'un panaris, violente douleur dans le bras droit. Six semaines après, douleur dans la jambe droite, puis douleur abdominale atroce : on pense à un ulcère perforé.

Laparotomie médiane : le péritoine est sain, l'estomac également, mais on perçoit une collection rétrocolique. On ferme la laparotomie médiane et, par une incision latérale droite, on aborde la région rénale qui est le siège d'un volumineux hématome. Néphrectomie droite.

Sur la pièce, perforation du pôle supérieur du rein obliquée par le caillot. Dans la couche corticale, thrombose artérielle, avec nombreux infarctus hémorragiques et petites cavernes, remplies de pus à staphylocoques.

Dans d'autres circonstances, on a cru à une perforation de la vésicule ou de l'appendice.

OBSERVATION LXVII. (Résumée)

(SEIDEL)

Syndrome de péritonite par perforation, laparotomie : hématome périnéphrétique droit.

Une femme de 28 ans, en pleine santé, ressent un jour une violente douleur dans l'hypochondre droit, suivie très rapidement de tous les symptômes d'une péritonite aiguë par perforation.

Croyant à une perforation de la vésicule ou de l'appendice, on fait une laparotomie : il n'y a pas trace de lésion péritonéale, mais le mésocolon est infiltré de sang, et il existe derrière le péritoine, un hématome dans lequel nage un rein légèrement augmenté de volume sans modification aucune de sa surface. Tamponnement. Guérison.

L'examen des urines montra qu'il s'agissait d'une néphrite chronique.

OBSERVATION LXVIII. (Résumée)

(PICK)

Hématome périnéphrétique droit; symptomatologie de cholécystite. Laparotomie.

Femme de 53 ans, ayant souffert il y a 8 ans, de coliques hépatiques avec ictère. Elle est amenée d'urgence à l'hôpital, ressentant, depuis deux jours, des douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen.

La malade est pâle, conjonctives légèrement subictériques. L'hypochondre droit, un peu soulevé, présente une résistance nette au-dessous du foie. Le diagnostic de cholécystite ne paraît pas douteux.

Intervention (Schnitzler). — Laparotomie : pas de trace d'inflammation des voies biliaires. Par contre, on voit, dans le mésocolon, sous la séreuse, un hématome qui s'étend à droite et en arrière sous le péritoine. On suture l'incision, et on tourne la malade sur le côté gauche.

Deuxième incision, sous-costale, conduit dans la capsule adipeuse rénale qui contient une grande quantité de sang : l'hématome enlevé, on voit le rein en apparence normal; il était entouré de tous côtés par l'hématome. On ne trouve pas la cause d'hémorragie. Tamponnement. Guérison.

Plusieurs semaines après, on trouve dans l'urine de l'albumine et de rares cylindres hyalins. Retard de l'élimination de l'indigo carmin par le rein droit : en somme néphrite chronique avec prédominance à droite.

En somme, nous avons trouvé dans ce chapitre le même genre d'accidents que nous avons décrits à propos des ruptures d'hydronéphroses et au sujet des tumeurs rénales qui saignent derrière le péritoine. *Tous ces cas doivent être englobés dans un cadre commun : le syndrome rétropéritonéal ou parapéritonéal*, dont nous nous efforcerons d'établir plus loin la pathogénie.

CHAPITRE VIII

Forme péritonéale de la contusion du rein

Nous ne parlerons ici que des traumatismes contusionnant un rein préalablement sain; il a été question plus haut de la rupture traumatique d'un rein cancéreux ou hydronéphrotique (Chapitres III et IV).

Il est évident que les signes d'irritation péritonéale ou la péritonite font leur apparition, à la suite d'une contusion du rein, quand la déchirure ouvre plus ou moins largement la loge rénale dans la cavité abdominale.

Mais il faut bien savoir que le hoquet, les vomissements, la contracture, le météorisme, tous les signes du péritonisme ou de l'occlusion intestinale, peuvent exister sans lésion intrapéritonéale. L'irritation de la face externe de la séreuse par un hématome rétropéritonéal suffit à les provoquer. Ce fait est solidement établi depuis l'article de Schwartz et Quénu, sur les plaies extrapéritonéales de l'abdomen, depuis les travaux de Hart-

mann sur la rupture des grands droits. Dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, on trouvera, en 1922, puis en 1927, des discussions établissant la fréquence de ces faits au cours des hématomes extrapéritonéaux consécutifs aux ruptures vésicales. Guibal et Rémy ont proposé le nom de syndrome parapéritonéal pour caractériser ces cas.

Voici une observation inédite, qui constitue un très bel exemple de réaction péritonéale symptomatique d'un hématome rétropéritonéal d'origine traumatique.

OBSERVATION LXIX

Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER

Syndrome rétropéritonéal : accident d'auto; traumatisme violent dorsolombaire; symptômes progressifs d'occlusion intestinale; laparotomie; gros hématome rétropéritonéal; mort.

Mme L..., 28 ans. Après un accident d'auto, survenu le 12 décembre 1927, à 9 heures et demie, elle avait été transportée à la clinique Saint-Charles. Je la vis vers 15 heures et demie. Cette grande et superbe femme geignait dans son lit, et était immobilisée dans la position horizontale. Impossible de lui faire exécuter aucun mouvement, donc examen très difficile.

Mais le pouls était bon à 80. Pas de température.

On constatait une impotence absolue apparente des membres inférieurs faisant redouter une fracture de la colonne. Cependant, en allant très doucement et lentement, j'arrivai à constater qu'elle pouvait bouger également les deux membres inférieurs. Impossible de les détacher du plan du lit.

La main glissée le long de la colonne vertébrale ne révélait aucune déformation.

Rien du côté des poumons à l'auscultation antérieure, rien au cœur.

Le ventre était météorisé, et la malade avait vomi deux fois. Cependant aucun signe de péritonite. Je craignais une fracture du bassin, cependant l'exploration externe et interne ne révélait aucune fracture perceptible. La malade avait uriné et les urines étaient d'aspect normal. Donc pas de déchirure de la vessie. Je demandai une radiographie d'urgence du bassin.

Isolement absolu de la malade. Immobilisation, morphine, tonicardiaques. Les signes de contusion grave de la région dorso-lombaire avec tassement possible des vertèbres dorsales étaient évidents. Pronostic sombre, glace sur le ventre.

13 décembre. La nuit a été agitée, la soif est intense, le ventre est météorisé. Cependant pouls à 80. Quelques vomissements.

Grosse amélioration du côté des membres inférieurs, qui peuvent être assez facilement mobilisés, activement et passivement.

Douleurs assez vives au pli de l'aîne à gauche.

Les urines ont été assez abondantes, elles sont envoyées à l'analyse.

Une radiographie du bassin est demandée. Elle montre une intégrité absolue du bassin et de la colonne lombo-sacrée. La mobilisation de la malade a été douloureuse. On ne prolonge pas l'examen et comme les signes d'impotence des membres inférieurs et l'absence de troubles des réservoirs sont contraires à l'idée d'une fracture de la colonne, on n'exécute pas les radiographies des divers segments de la colonne vertébrale.

On recherche avec soin les signes d'une rupture de la rate, du foie, ou une déchirure de l'intestin ou du mésentère. Rien de précis : le ventre est météorisé, mais pas contracturé 24 heures après l'accident, ce qui aurait existé s'il y avait eu rupture de l'intestin.

Glace, diète hydrique, morphine, immobilisation et silence absolu.

13 décembre soir, à 17 heures et demie, les symptômes abdominaux s'exagèrent : la malade a vomi de la bile, le pouls monte à 100, la malade est agitée.

Il faut par une laparotomie explorer l'abdomen.

A 18 heures et demie, anesthésie. Assistance des Docteurs de Rougemont et Bertrand, chefs de clinique à la Faculté.

Grande laparotomie médiane. La coloration des anses intestinales est normale. Un peu de liquide séro-hématique dans le Douglas. Rien aux organes de l'appareil génital, rien à la vessie. Le foie, la rate ne présentent aucune déchirure. *On est frappé de la distension de certaines anses intestinales contrastant avec l'aplatissement de certaines autres portions du grêle et du gros.* Un dévidement complet est exécuté. Pas de déchirure, pas de perforation. L'état de l'artère mésentérique est vérifié. La tête et le corps du pancréas sont palpés : rien. Sous l'influence de la malaxation des anses intestinales se produit une débâcle intestinale très abondante sur le lit d'opération avec émission bruyante de nombreux gaz intestinaux. Grâce à l'affaissement des anses intestinales ainsi produit, on peut explorer les deux fosses rénales qui semblent normales.

Mais on découvre, sous le péritoine pariétal postérieur une grosse suffusion sanguine noirâtre qui descend sur le côté gauche de la colonne vertébrale et se prolonge dans la racine du mésentère. On diagnostique un hématome rétropéritonéal dont l'origine est inconnue. L'hémorragie semble arrêtée. Le météorisme et la distension par segments des anses intestinales réalisent le syndrome rétropéritonéal.

Réintégration des anses. Fermeture totale du ventre sans drainage. Injection de sérum adrénaliné. Huile camphrée. L'intervention a été bien supportée.

14 décembre. La nuit a été satisfaisante. Amélioration des symptômes abdominaux, quelques gaz.

Glace sur le ventre. Cataplasmes laudanisés sur les lombes, car toute la région a été violemment contuse et il existe une sensibilité même superficielle extrême. Cependant pas d'ecchymose. Rien aux poumons. Dans les urines, le microscope a révélé l'existence de quelques globules rouges, donc hématurie occulte. Aucun signe d'épanchement uro-hématique périnéphrétique. Sérum, huile camphrée avec morphine.

Le soir, état stationnaire, on autorise un peu de champagne et du thé chaud au rhum.

Le 15 décembre. Le ventre se météorise. Quelques vomissements peu abondants. Distension gastrique : lavage de l'estomac, administration de péristaltine. Glace sur tout l'abdomen : cependant il n'y a aucun signe de réaction péritonitique, ni d'occlusion car jamais de mouvements anti-péristaltiques. Signes d'iléus paralytique par irritation rétropéritonéale. Sérum adrénaliné. Goutte à goutte glucosé. Le pouls est à 90. Facies vultueux, agitation.

Le 16 décembre. Le pouls monte à 100, le ventre, non sensible, est distendu. Pas de douleurs abdominales, pas de contractions. Grand lavage rectal, lavage de l'estomac. Le facies est vultueux et n'a pas l'aspect d'une péritonite. Même traitement. Goutte à goutte rectal.

Le 17 décembre. La situation est très grave. Pouls à 100, 120, 130; signes de collapsus cardiaque. Mort dans l'agitation extrême. Aucun signe d'hémorragie interne nouvelle. Les urines ne sont pas rouges.

Conclusions. — Chez une femme admirablement constituée, dont les organes intra-péritonéaux n'avaient pas été lésés, un traumatisme très violent de la région lombaire a déterminé un hématome rétropéritonéal, qui a causé un iléus paralytique progressif.

Pas d'autopsie, donc impossible de préciser l'origine de cet hématome rétropéritonéal.

Ce syndrome rétro-péritonéal peut être au premier plan dans la symptomatologie d'une contusion rénale avec rupture extrapéritonéale du rein; en l'absence d'hématurie et d'hématome lombaire net, comment ne pas croire à la lésion d'un viscère abdominal ?

OBSERVATION LXX. (Résumée)

(HEINECKE)

Contusion de l'abdomen, météorisme considérable. Laparotomie : hématome rétro-péritonéal par rupture extrapéritonéale du rein droit.

Un contusionné de l'abdomen est amené d'urgence avec un météorisme considérable survenu dans les premières heures qui ont suivi l'accident.

Laparotomie. Dans le ventre, aucune trace de lésion viscérale, mais le péritoine postérieur, dans une large zone, et surtout au niveau du rein droit, est soulevé par un volumineux épanchement sanguin. Fermeture de l'abdomen.

Le météorisme persista quelques jours encore, puis céda après une débâcle liquide et gazeuse provoquée. Le malade mourut le 12^e jour de complication pulmonaire. L'autopsie montra un écrasement du rein droit avec hématome rétro-péritonéal.

Voilà donc un exemple de rupture du rein sans signes urinaires, dont les symptômes étaient uniquement péritonéaux, et cependant le péritoine était intact. Cette éventualité nous a paru particulièrement fréquente dans le cas de rupture de l'uretère associée à la contusion du rein; la section de l'uretère empêche la possibilité d'une

hématurie, et seuls existent, au premier plan, les signes de péritonisme dus à l'hématome sous-péritonéal.

OBSERVATION LXXI. (Résumée)

(SANTY et AIGROT)

Contusion de l'abdomen. Signes de réaction péritonéale. Pas d'hématurie. Laparotomie ; rupture extrapéritonéale du rein gauche.

Un maçon âgé de 50 ans, est amené avec un pouls petit, un facies pâle, après un traumatisme ayant consisté dans le choc d'une poutre sur le flanc gauche, au cours de la chute d'un échafaudage. Il n'a ni vomi, ni craché, ni uriné du sang. Il ne présente qu'une contracture abdominale du flanc gauche sans disparition de la matité hépatique. Cathétérisme de la vessie ramène des urines claires. Le diagnostic de rupture de la rate paraît probable.

Incision parallèle aux fausses côtes gauches : la rate est intacte, mais il existe un volumineux hématome périrénal. Le rein gauche est éclaté en deux fragments, l'uretère étant sectionné (absence d'hématurie).

Néphrectomie transpéritonéale. Suites très simples.

OBSERVATION LXXII. (Résumée)

(MOYRAND)

Contusion abdominale. Syndrome péritonéal. Pas d'hématurie. Laparotomie. Hématome rétropéritonéal par rupture du rein droit et de l'uretère.

Un soldat de 35 ans reçoit un coup de pied de cheval dans

l'abdomen à 15 heures. A 20 heures il a des vomissements bilieux, à minuit il urine seul, rien d'anormal dans ses urines. Le lendemain il vomit encore, il est évacué.

A l'entrée, pouls 78, température 36,8, facies anxieux, non décoloré. A l'examen pas de trace de traumatisme, le flanc droit est immobile. A son niveau, matité et contracture. Pas de sonorité préhépathique. Le blessé n'est pas allé à la selle, il n'a pas de troubles urinaires.

Laparotomie latérale droite. L'angle colique droit est recouvert d'une infiltration sanguine surtout marquée sur le mésocôlon transverse; un peu de sang a filtré dans le ventre. Un volumineux hématome entoure le rein droit : celui-ci est rompu en deux parties avec rupture complète de l'uretère. Néphrectomie transpéritonéale. Guérison.

Nous ne voulons pas dire que l'hématurie fasse toujours défaut dans les ruptures de l'uretère. L'observation qu'on va lire est un cas de rupture extrapéritonéale du rein avec signes péritonéaux marqués ayant conduit à la laparotomie; or, il y avait eu hématurie malgré la rupture de l'uretère.

OBSERVATION LXXIII. (Résumée)

(BONNET, cité par LEGUEU)

Contusion de l'abdomen, hématurie. Syndrome de réaction abdominale. Laparotomie : hématome rétropéritonéal par rupture de l'uretère.

Un soldat est contusionné par coup de pied de cheval au niveau de l'abdomen et du flanc droit. Hématurie. La paroi abdominale est contracturée en totalité. La douleur prédo-

mine dans l'hypochondre et le flanc droits. Pouls 56, température 37,2.

Trois heures après facies altéré, augmentation de la contracture : on pense à une lésion du colon.

Laparotomie latérale droite : pas de déchirure intestinale, mais hématome sous-péritonéal et suffusions sanguines dans le mésocolon; un peu de sang a filtré dans le péritoine. Une deuxième incision médiane ne montre pas de lésion intestinale ni vésicale. On referme le ventre sans toucher au rein.

Les jours suivants, l'hématome suppura et dut être drainé par voie lombaire. Un écoulement urinaire permit de constater que l'uretère était complètement rompu et la moitié supérieure du rein écrasée.

Nous ne multiplierons pas les exemples de ce genre, mais nous croyons que, fréquemment, on a été amené à laparotomiser des blessés qui présentaient des signes de lésion intrapéritonéale importante, chez lesquels on a trouvé une rupture du rein sans déchirure du péritoine. Sur 6 cas de contusion rénale rapportés récemment par Voncken et Reynders, on en trouve deux exemples.

Beaucoup de ces blessés n'ont cependant pas été opérés; c'est que malgré tout, la réaction péritonéale n'est pas aussi intense que lorsqu'il y a vraiment rupture d'un viscère à l'intérieur du péritoine. Le météorisme est très marqué, la contracture nette, mais, pourtant, le pouls reste bon, le malade ne fait pas mauvaise impression. On sait combien, en matière de contusion abdominale, la bonne impression donnée par un blessé peut être trompeuse; néanmoins, certains chirurgiens

se sont abstenus en pareille circonstance, et la suite des événements leur a donné raison.

OBSERVATION LXXIV. (Résumée)

(VERIN et DESGOUTTES)

Contusion abdominale, hématurie, signes intenses de réaction abdominale. Abstention. Guérison.

A la suite d'un coup de pied de mulet, qu'il avait reçu dans la région lombo-iliaque gauche et qui lui avait fait perdre connaissance, un blessé fut amené avec des signes d'hémorragie et de choc, une hématurie, et un ventre ballonné et extrêmement douloureux. Tout faisait penser à une rupture intrapéritonéale du rein gauche. On remit l'intervention à quelques heures plus tard, pour voir la part du transport dans les accidents de choc. Dans les heures suivantes l'amélioration fut telle qu'on s'abstint d'opérer.

Le lendemain, des signes de réaction péritonéale persistaient, nausées, vomissements, ventre tendu et douloureux. Mais on percevait nettement un hématome lombaire, on s'abstint de toute intervention et le malade guérit.

Dans un article sur le météorisme d'emblée dans les contusions de l'abdomen, Lejars rapporte un cas où il a, au contraire, regretté d'être intervenu inutilement.

OBSERVATION LXXV. (Résumée)

(LEJARS)

Contusion de l'abdomen. Météorisme d'emblée. Epanchement sanguin rétropéritonéal.

Un traumatisé du ventre est amené avec un météorisme

énorme ayant débuté rapidement après l'accident. Pas de vomissements, pouls bon, le blessé, assez pâle, avait uriné sans que rien d'anormal n'ait été constaté dans ses urines.

La laparotomie exploratrice fut entièrement négative.

Le troisième jour le malade fit des gaz et alla à la selle.

L'apparition tardive d'une ecchymose sur la face antéro-interne des cuisses témoigna d'un épanchement sanguin rétro-péritonéal d'origine traumatique. Guérison.

Comment interpréter l'apparition, malgré l'intégrité vérifiée du péritoine, de ces signes de péritonisme à la suite des contusions rénales ?

Interprétation ds ces faits.

Il semble qu'on puisse dissocier deux séries de facteurs dans l'étiologie de ces accidents.

1° *La contusion rénale elle-même* peut provoquer par voie réflexe la paralysie ou le spasme de l'intestin. De plus, l'hématome consécutif, noyant les éléments nerveux du plexus solaire, comprimant les veines mésentériques (Kuster), entraîne des troubles de l'innervation et de l'irrigation intestinales. Cet hématome, distendant brusquement le péritoine pariétal postérieur, peut aussi déterminer la série des réflexes à point de départ péritonéal qui caractérisent le choc abdominal (Tixier).

Enfin, il arrive qu'un hématome volumineux, sans rompre le péritoine, détermine néanmoins par filtration un épanchement séreux ou séro-hémorragique dans le ventre.

2° *La contusion des organes voisins* doit aussi entrer en considération. Le rein a des rapports trop intimes avec l'intestin, le plexus solaire, les côtes, le rachis, pour

que ces organes ne soient pas victimes quelquefois du traumatisme qui l'a frappé.

a) *La contusion de l'intestin* peut entraîner, sans lésion macroscopiquement appréciable de ses tuniques, un spasme durable du tube digestif, capable de se traduire par des signes d'occlusion (voir thèse de Gueytat).

b) *La contusion des surrénales* est susceptible d'entraîner un trouble de sécrétion de cette glande; les troubles vaso-moteurs consécutifs ne pourraient-ils pas provoquer un syndrome simulant la péritonite ou l'occlusion ?

c) *Les contusions nerveuses* paraissent devoir être plus souvent incriminées. La contusion du *plexus solaire* se manifeste parfois par une paralysie intestinale généralisée, la contusion des *derniers nerfs intercostaux* se traduit volontiers par la contracture des muscles pariétaux de l'abdomen qu'ils vont innerver; *la contusion du rachis* elle-même entraîne parfois des symptômes analogues: à la suite de fractures de la colonne, de laminectomies pour tumeurs médullaires, au cours même de certains maux de Pott, on a vu survenir un ballonnement abdominal généralisé, avec signes locaux de réaction péritonéale violente.

DÉDUCTIONS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Est-il pratiquement possible, par l'examen clinique du blessé, de reconnaître la cause véritable, intra ou extra-péritonéale, d'un syndrome de péritonisme après une contusion abdominale ou lombaire ? Peut-on diagnostiquer le syndrome rétropéritonéal ?

L'étude des observations nous permet de distinguer :

1° *Le syndrome rétropéritonéal d'emblée*, rare, qui survient dans les 2 ou 3 premières heures qui suivent le traumatisme. Le symptôme essentiel est constitué par le météorisme diffus, énorme, avec disparition de la matité hépatique. On croirait à une rupture de l'intestin, n'était l'absence de matité dans les flancs et surtout l'état du poulx vite amélioré. Heinecke, Lejars, considèrent ce syndrome comme étant d'un bon pronostic; il serait dû à la contusion des plexus nerveux rétropéritonéaux.

2° *Le syndrome rétropéritonéal retardé* n'apparaît que plusieurs heures après l'accident. Tous les éléments de la réaction péritonéale s'y rencontrent : douleur, contracture, vomissements, arrêt des matières et des gaz, poulx à 120 (Guibal). Mais la douleur et la contracture restent limitées, localisées, l'état général est meilleur que dans la péritonite. Ce syndrome serait dû à un hématome rétropéritonéal. L'apparition tardive d'ecchymoses scrotales ou inguinocrurales en constituerait parfois la signature.

Doit-on s'efforcer de diagnostiquer ces cas dans la pratique ? Certes, il faut les connaître, mais, à notre avis, il ne faut pas tirer de là un argument en faveur de l'abstention opératoire dans les contusions du rein qui s'accompagnent de signes péritonéaux.

Une laparotomie blanche n'a pas de conséquences graves dans ces cas. Au contraire, quel remords ce serait d'avoir méconnu une rupture intrapéritonéale du rein ou une lésion associée d'un viscère abdominal tel que la rate ou le foie. En matière de contusion abdominale, le doute demeure le plus souvent une indication opératoire qu'on se repentira rarement d'avoir posée.

CHAPITRE IX

Syndromes abdominaux aigus consécutifs aux interventions extrapéritonéales sur le rein

DÉFINITION. — On peut observer des complications péritonéales à la suite d'interventions sur le rein par voie transpéritonéale, ou, lorsque, au cours d'une opération pratiquée par voie lombaire, le péritoine a été déchiré. L'iléus paralytique et les péritonites s'expliquent facilement lorsqu'ils surviennent dans ces conditions. Mais ce genre de complications peut survenir aussi dans les suites d'une opération entièrement extrapéritonéale, exécutée sur le rein par voie parapéritonéale, et surtout par voie lombaire. Ces derniers cas, bien plus intéressants à connaître, mais bien plus difficiles à expliquer, feront seuls l'objet de ce chapitre.

ETIOLOGIE. — D'un point de vue absolu, ces cas sont d'un nombre infime. Il est impossible d'évaluer le nombre des interventions extrapéritonéales dont le rein a

été l'objet ; au contraire, il est facile de compter, dans la littérature, les cas où ces opérations ont été suivies de complications abdominales répondant à la définition ci-dessus.

D'un point de vue relatif, par comparaison avec d'autres opérations extrapéritonéales, les interventions rénales sont, au contraire, une cause fréquente d'iléus et de péritonisme post-opératoires. La dilatation aiguë de l'estomac, l'iléus paralytique ou spastique, ont été constatés exceptionnellement à la suite d'amputations, d'interventions sur le rachis, sur les parois abdominales, etc. (Reynier, Lecène, etc.) ; mais, incontestablement, ce sont les opérations rénales qui tiennent de beaucoup le premier rang dans l'étiologie des accidents de ce genre.

La nature de l'intervention pratiquée n'est pas indifférente. Sur 37 cas, la néphrectomie est en cause 18 fois, soit près de 50 % ; la néphropexie, 8 fois, soit 22 % environ ; la pyélotomie, 2 fois (5.7 %) ; la néphrolithotomie, 2 fois également ; enfin, 7 fois l'énervation du pédicule rénal est responsable de ces accidents (21 %) ; il est vrai qu'elle était associée 6 fois à un néphropexie (Papin).

Le côté sur lequel a porté l'intervention a une importance considérable. Carlier avait déjà fait remarquer, à la Société d'Urologie de Paris, qu'il s'agit *presque toujours du rein droit*. Sur 32 opérations où le côté opéré a été noté, il ne s'agit du rein gauche que 6 fois. Donc, 80 fois sur 100, l'intervention intéressait le rein droit.

Il nous a semblé que la nature des accidents était différente suivant que l'intervention avait porté sur le rein droit ou sur le rein gauche. *Après les interventions sur*

le rein gauche, les accidents, lorsqu'ils surviennent, affectent plus volontiers l'intestin, particulièrement le colon. Au contraire, les opérations sur le rein droit paraissent avoir le privilège de provoquer la dilatation aiguë de l'estomac.

Nous nous efforcerons de classer ces complications abdominales en trois groupes :

Accidents légers que nous qualifierons de « péritonisme » ;

Dilatation aiguë de l'estomac ;

Enfin, iléus spastique ou paralytique.

Nous ne reproduirons in extenso que les observations les plus typiques ; par ailleurs, nous renvoyons aux articles de von Ammon, Gayet, Lissowskaja, Pansini, et aux longues discussions de la Société Française d'Urologie (1924, 25 et 26, passim).

I. - *Le péritonisme après les interventions extrapéritonéales sur le rein*

Après toute intervention sur le rein par voie lombaire, en l'absence de toute effraction du péritoine, on peut dire qu'il est de règle d'observer un peu de paralysie intestinale. Les malades ne font souvent leurs gaz que le troisième jour après la néphrectomie ; jusque là, ils sont ballonnés, anxieux, leur pouls est un peu rapide, les vomissements ne sont pas rares, et la purgation est devenue systématique après toute opération rénale pour met-

tre fin à ces petits ennuis. Que cette réaction péritonéale banale soit un peu plus forte et un peu plus durable, le tableau du péritonisme est réalisé.

Ce tableau type s'observe surtout après l'énervation du pédicule rénal. Dans un article de Papin, on le note 7 fois sur 10 observations.

OBSERVATIONS PAPIN (résumées)

Accidents de péritonisme consécutifs à l'énervation du pédicule rénal.

OBS. I. — Femme, malformation du bassin, révélée par pyélographie. Douleurs lombaires et cystalgie. Urée du sang: 0 gr. 34.

Enervation du rein gauche et néphropexie par lambeaux capsulaires, procédé de Posadas.

Le lendemain, vives douleurs dans le flanc gauche, douleurs qui paraissent superficielles, pour ainsi dire cutanées. Urines : 600 gr. le premier jour.

Le troisième jour, les douleurs vont en diminuant, mais la malade a des vomissements bilieux.

Le quatrième jour, coliques abdominales et nausées; aucune douleur lombaire. Douleurs et coliques finissent par disparaître progressivement.

OBS. II. — Femme, douleurs lombaires se terminant par crises de douleurs abdominales. Etat permanent de gastro-entérite avec constipation, urine du rein droit trouble.

Enervation du rein droit avec néphropexie sans incident opératoire. Pendant les 5 jours qui ont suivi l'opération, douleurs très violentes irradiées dans l'abdomen, surtout dans la

région épigastrique; des vomissements bilieux ont eu lieu tous les jours, accompagnés de diarrhée séreuse. Azotémie non signalée, mais la malade a uriné de façon satisfaisante.

OBS. IV. — Femme, 41 ans, néphrite hématurique douloureuse gauche. Urée du sang: 0 gr. 63.

Enervation rénale gauche avec pexie sans incident malgré une périnéphrite marquée. Rien d'anormal les premiers jours; la quantité d'urine atteint un litre le troisième jour. Le septième jour, la malade, très constipée, se plaint de douleurs du côté gauche. Le huitième jour, après purgation, ces phénomènes cessent définitivement.

OBS. VI. — Femme, rein mobile droit douloureux; énervation et pexie (Posadas). Le lendemain, douleurs vives; contracture lombaire au troisième jour, les douleurs sont à la fois lombaires et abdominales.

OBS. VII. — Femme, 56 ans, névralgies rénales droites; urée du sang: 0 gr. 35. Enervation rénale et pexie. Douleurs dès le réveil; le premier jour, la malade vomit et les vomissements continuent pendant toute la deuxième nuit, la quantité d'urine atteint 700 gr. le deuxième jour; le troisième jour, débute un ballonnement de l'abdomen qui atteint presque d'emblée son maximum. Bruit de galop cardiaque. Dès le lendemain, le météorisme diminue, les vomissements cessent. Après la purgation du quatrième jour, la malade va bien.

OBS. VIII. — Femme de 63 ans, ptose rénale droite, énervation, pexie; douleurs extrêmement vives. Le ballonnement du ventre qu'on a coutume d'observer après ce genre d'opérations a fait son apparition le troisième jour, il a peu duré; il a commencé à s'atténuer au bout de 24 heures, à la suite

d'émission abondante de gaz. Quantité d'urine: 1.400 gr. dès le deuxième jour.

OBS. IX. — Femme, 47 ans, douleurs rénales gauches, urée du sang: 0 gr. 25, énervation rénale gauche. Des vomissements se produisent dès le réveil. Ils cessent le soir pour reparaitre au début de la deuxième nuit et disparaître définitivement le matin. A ce moment, commence à se développer un météorisme assez accentué. Fléchissement cardiaque net. Des éructations nombreuses et des émissions répétées de gaz intestinaux soulagent la malade vers le soir. Après purgation, le météorisme commence à diminuer le quatrième jour. Puis, les suites opératoires furent bonnes. Quantité d'urine jour par jour: 250 gr., 500 gr., 550 gr., 800 gr., 900 gr., 1.200 gr.

Après la néphropexie, ces petits incidents sont également fréquents ; M. le Professeur Patel, qui avait assisté Jaboulay dans l'exécution d'un grand nombre de néphropexies, avait fait cette remarque dont il nous a fait part à maintes reprises. D'ailleurs les cas d'énervation rénale cités plus haut s'accompagnaient pour la plupart d'une pexie qui a pu jouer un rôle adjuvant dans l'étiologie des troubles abdominaux.

II. - *La dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac*

Les premières observations de dilatation gastrique aiguë qui aient été publiées avaient trait à des cas provoqués par des interventions rénales.

OBSERVATION LXXVII (résumée)

(REYNIER)

*Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac
après une néphropexie.*

Femme pâle, ptosique, ayant eu des grossesses multiples, déjà opérée de périnéorraphie.

Fixation, par voie lombaire, d'un gros rein droit mobile (fixation par catgut aux côtes et aux muscles). Le péritoine n'a pas été touché. L'anesthésie au chloroforme a été courte. sans vomissement.

Les suites sont d'abord excellentes, puis, à partir du troisième jour, la malade se ballonne et ne va pas à la selle, malgré purgations et lavements électriques. Le ballonnement est bientôt énorme, avec fluctuation: on pense à un kyste de l'ovaire tordu.

Deuxième intervention. Laparotomie sous-ombilicale. Enorme tumeur kystique dont la ponction retire 8 litres de liquide chocolat. On s'aperçoit alors qu'on a ponctionné l'estomac. On referme le ventre, mais les accidents continuent.

Troisième intervention. L'estomac est plein à nouveau, il paraît coudé au niveau de la région pylorique. Gastroentérostomie antérieure. Mort.

OBSERVATION LXXXVIII (résumée)

(BORCHARDT)

Dilatation aiguë de l'estomac après une néphropexie.

Une jeune fille de 17 ans subit, en 1902, une néphropexie du rein droit. Pendant 52 heures, il ne se passe rien d'anormal, puis, subitement, en quelques heures, la malade prit l'as-

pect d'une moribonde: ventre ballonné comme une outre, pouls fuyant, sueurs froides.

Croyant à une inflammation abdominale, on décide rapidement une intervention. On fait une aspiration de l'estomac, et l'on met la malade en position ventrale. Aucune amélioration ne se produit, et la mort survient en 75 heures.

L'autopsie ne montra rien d'anormal dans la région rénale.

Ces accidents sont très graves : la mise en position de Schnitzler et les lavages d'estomac les ont quelquefois enrayés à temps (cas de Stoccarda), mais, dans la plupart des observations publiées, la mort est survenue en l'espace de 2 à 6 jours. (Uteau, Gayet, Legueu, Cathelin).

III. - *L'iléus après les interventions rénales extrapéritonéales*

Albarran semble avoir été le premier à signaler cette complication.

OBSERVATION LXXXIX (résumée)

(ALBARRAN)

Néphrolithotomie pour gros calcul du rein gauche.

Iléus paralytique. Mort.

Il s'agissait d'un malade à système nerveux très impressionnable, chez qui, après une intervention longue et difficile, est extrait un gros calcul du rein gauche par néphrolithotomie. Les suites opératoires furent d'abord satisfaisantes,

la température était normale, la quantité d'urine atteignait 2 litres par jour, mais le malade n'allait pas à la selle, et une première purgation, donnée au troisième jour, n'amena aucun résultat. A partir de ce jour, le météorisme étant de plus en plus intense, une nouvelle purgation n'aboutit qu'à l'émission de quelques gaz; la température ne dépassa pas 38°2. Le malade mourut le septième jour d'une syncope après une nouvelle purgation. Pas d'autopsie.

Le même auteur rapporte un autre cas d'occlusion paralytique après néphrectomie pour tuberculose rénale droite. Là encore, l'issue fut fatale malgré une tentative de traitement par anus iliaque.

Ces accidents se distinguent de la péritonite par l'absence habituelle de fièvre, de contracture et de douleur à la palpation. La gravité de ces occlusions est variable. Voici un cas où, après quelques jours, la guérison survint.

OBSERVATION XC (résumée)
(UTEAU)

Néphrectomie pour tuberculose rénale droite.
Iléus paralytique.

Mme B... présente une tuberculose rénale grave avec pyurie, tumeur à droite et température à 40° le soir.

Le cathétérisme urétéral montre l'existence d'une tuberculose rénale droite avec intégrité du rein gauche.

Néphrectomie gauche. Le rein est très volumineux, très adhérent. En décortiquant la face antérieure, on fait au péritoine une légère déchirure immédiatement oblitérée par un

point au catgut. Au moment de la ligature du pédicule une petite poche s'ouvrit dans la plaie, bien isolée d'ailleurs par des compresses.

Les suites s'annonçaient normales, mais la malade qui était habituellement constipée, ne fit pas ses gaz. Le quatrième jour, météorisme intense et vomissements. Tous les moyens thérapeutiques échouèrent contre cet état d'iléus qui ne se termina qu'au huitième jour par une débâcle spontanée suivie de guérison.

La guérison a parfois été obtenue par l'établissement d'un anus cœcal ou d'une appendicostomie (Gayet), mais, très souvent, l'iléus a été suivi de mort, malgré toutes les tentatives thérapeutiques, y compris l'anus contre nature (Duvergey, von Ammon, Michon).

OBSERVATION XCI (résumée)

(CARAVEN)

Occlusion intestinale mortelle après néphrectomie pour tuberculose rénale gauche.

M. D..., 58 ans, vient consulter au début de septembre 1923, pour une épидidymite tuberculeuse gauche avancée, qui demanda une castration par voie inguinale et se cicatrisa rapidement.

Vers le 10 novembre, la cicatrice s'ulcère et une fistule s'installe. En même temps, les mictions deviennent douloureuses, le toucher fait penser à une tuberculose de la prostate et pour dépister une tuberculose rénale on fait une cystoscopie. Celle-ci est difficile en raison de l'agitation du ma-

lade. Elle est cependant faite sous anesthésie rachidienne, et décèle une tuberculose rénale gauche.

Le 23 décembre 1923, la constante d'Ambard est de 0,095. L'urée du sang est de 0,418.

Le 5 janvier 1924. Intervention. Néphrectomie gauche sans incidents, régulière. Tuberculose rénale gauche ulcéro-caverneuse banale.

Le surlendemain, hoquet et signes d'occlusion intestinale (arrêt des matières et des gaz). On donne de grands lavements, qui n'amènent aucun soulagement, pas plus que la position genu pectorale. Les urines se maintiennent à 1.300 cc. Les suites opératoires locales sont parfaites. On se demande si l'on aurait pas pris le côlon dans la suture en un plan. On enlève les points.

Malgré cela, le ballonnement persiste, le facies se grippe, l'état est grave. Le 8 janvier, 3 jours après l'intervention, sous anesthésie locale, on fait un anus cœcal, qui donne peu et n'amène aucun soulagement. Décès le 9 janvier.

La thérapeutique d'accidents aussi graves nécessite la connaissance de leur mécanisme d'apparition.

Mécanisme de ces accidents

Une distinction capitale est à établir dans l'évolution clinique de ces complications : qu'il s'agisse de dilatation de l'estomac ou d'iléus, les accidents sont tantôt d'apparition précoce, presque immédiate après l'opération, tantôt, au contraire, d'apparition retardée, vers le troisième ou le quatrième jour, après un véritable intervalle libre, où les suites opératoires s'annonçaient com-

me très simples : il y a là certainement une base de classification des innombrables causes qui ont été incriminées : *les accidents précoces* font penser à une étiologie nerveuse, réflexe ; ils permettent parfois d'incriminer l'anesthésie ou la blessure opératoire d'un organe voisin.

Les accidents tardifs ne peuvent trouver leur explication que dans un processus d'évolution lente et progressive : occlusion par coudure duodénale ou colique, hématome rétropéritonéal, insuffisance hépatique ou rénale.

ACCIDENTS PRÉCOCES DUS PEUT-ÊTRE

A UN TRAUMATISME NERVEUX

Seule l'intervention du système nerveux paraît capable de réaliser une paralysie presque instantanée de l'estomac ou de l'intestin.

Les expériences de Stieda, de Braun et Seidel ont montré le rôle du système nerveux dans la pathogénie de la dilatation gastrique aiguë ; les expériences de Cl. Bernard, reprises par Laignel-Lavastine, ont prouvé l'action du plexus solaire dans le syndrome iléus.

Or, les interventions sur le rein, surtout lorsqu'elles sont effectuées par voie lombaire, traumatisent certainement les plexus nerveux voisins ; sans parler de la libération très difficile des reins adhérents, l'extériorisation la plus simple d'un rein sans périnéphrite ne va pas sans tiraillement du pédicule nerveux, accroché par de multiples branches au plexus solaire. La néphropexie réalise, dans certaines conditions, une traction perma-

nente, sur ces filets nerveux. On incrimine sans hésiter le traumatisme du plexus solaire pour expliquer l'état de choc consécutif à certaines pylorotomies ou cholédocotomies difficiles; nous nous sommes assuré que la traction sur le rein retentit au moins autant sur le plexus solaire que les tractions effectuées sur l'estomac ou le foie.

Il faut peut-être faire une place, dans certains cas, aux lésions de la capsule surrénale. Chevassu, puis V. Rochet, ont attiré l'attention sur ces lésions, qui rendraient compte de la mort par collapsus, en quelques heures, après certaines néphrectomies difficiles. Mais l'insuffisance surrénale réalise parfois aussi le tableau de l'iléus ou du péritonisme (Ebstein, L. Bernard).

En ce qui concerne les surrénales, nous sommes réduits pour le moment à des hypothèses, mais la théorie des accidents d'ordre nerveux peut s'appuyer sur des faits.

OBSERVATION XCII (résumée)

(UTEAU)

Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac après une néphrectomie pour tuberculose du rein droit.

Le 17 avril 1918, le soldat F... est opéré pour une tuberculose du rein droit. Il y a des adhérences solides, mais la néphrectomie est faite sans incident. Un clamp dont la position est soigneusement vérifiée est laissé sur le pédicule rénal.

Le malade est ramené dans son lit, et quelques instants après il présente des vomissements noirâtres et abondants de sang.

Pendant 36 heures, alors que le chirurgien était absent, les vomissements persistent. Au bout de ce temps, le pouls est accéléré, le facies péritonéal, la température basse, au-dessous de la normale, on décide un lavage d'estomac, mais, pendant les préparatifs, une aggravation brusque se produit, le pouls s'affole, les extrémités se refroidissent, et le malade entre en agonie. Il meurt en effet 2 heures après.

L'autopsie montra une distension gastrique considérable, et des zones hémorragiques sur la muqueuse. La loge rénale droite est en parfait état, l'uretère droit est légèrement dilaté. Le rein et l'uretère gauches sont normaux.

Le foie présente, à la coupe, et par places, des plaques jaunâtres. Aspect d'amylose surtout à la partie périphérique.

Rien à signaler aux autres organes.

Rien d'anormal au niveau du duodénum.

Comme le fait remarquer Grégoire, les accidents observés dans ce cas ne peuvent être rapportés à une compression artério-mésentérique du duodénum : l'autopsie d'ailleurs en fait foi. « Ils se rapprochent beaucoup plus des phénomènes observés par les physiologistes, quand ils font la section des deux pneumogastriques au-dessus de l'estomac avec excitation du plexus solaire. L'animal succombe en un temps très court au milieu de phénomènes d'asthénie, rapidement progressive. A l'autopsie, on trouve l'estomac extraordinairement dilaté et congestionné. Le clamp laissé sur le pédicule n'a-t-il pas été le point de départ d'un réflexe inhibiteur et en même temps vaso-dilatateur qui a déclenché tout le tableau clinique ? »

L'observation qu'on va lire, malgré la présence d'un duodénum dilaté, fait penser à des lésions nerveuses à

cause du début foudroyant et de l'allure extrêmement rapide des accidents.

OBSERVATION XCIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GAUTHIER)

Tuberculose rénale: lésions vésicales empêchant le cathétérisme urétéral. Lobotomie double. Néphrectomie droite. Mort par dilatation gastrique aiguë.

Un homme de 24 ans est porteur d'une tuberculose urinaire affirmée par l'inoculation au cobaye. Les lésions vésicales ne permettent pas le cathétérisme urétéral. Azotémie: 0 gr. 23.

13 février 1917 : Lobotomie gauche préalable, du côté supposé sain. En effet, ce rein paraît non tuberculeux.

A droite, on trouve un gros rein polycaverneux, qui est enlevé sans difficulté. Il n'y a pas eu d'effraction péritonéale ni d'un côté ni de l'autre.

Suites immédiatement mauvaises: vomissements verdâtres, ballonnement progressif, pouls de plus en plus petit et filant, mort en 48 heures.

Autopsie. Dilatation énorme de l'estomac, qui remplit les deux tiers du ventre: le duodénum est dilaté en amont de l'angle duodénojéjunal. L'intestin grêle a des dimensions normales. Pas de péritonite. Hémostase excellente. Rein gauche sain.

En faveur de la théorie nerveuse qui rallie de notables partisans, tels qu'Albarran, Grégoire, Papin, nous pouvons citer encore le fait que ce genre d'accidents se voit surtout à la suite d'opérations laborieuses, M. le

Professeur Gayet a rapporté une observation de ce genre à la Société d'Urologie.

OBSERVATION XCIV

Un ancien calculeux opéré plusieurs années auparavant avait été repris d'accidents infectieux du côté opéré. La grosse pyonéphrose qu'il présentait obligea à faire, en un premier temps, la néphrostomie, puis, trois semaines après, la néphrectomie secondaire. Il y eut des difficultés considérables à cause des adhérences: le côlon dut être disséqué de près; heureusement, on put le séparer sans l'ouvrir. Deux jours après, le malade était en pleine crise d'occlusion avec un côlon ascendant effroyablement distendu, vomissements fécaloïdes, etc. On fit une petite cœcostomie: immédiatement les accidents cessèrent, le malade se remonta rapidement, et la fistule se ferma d'elle-même, de sorte que trois semaines plus tard, la guérison était complète.

« L'inhibition nerveuse qui suit une décortication pénible du rein peut suffire, ajoute le Professeur Gayet, à amener des accidents très redoutables. »

De plus, il excite sûrement, chez certains malades, une prédisposition du système nerveux qui favorise l'apparition de ces troubles. Parmi nos observations, nous notons, en effet, plusieurs cas où la maladie rénale avait été particulièrement riche en symptômes intestinaux, et où l'intervention fut suivie d'accidents abdominaux (Iselin, Mitry, Gayet et Ricard).

OBSERVATION XCV (résumée)

(ISELIN)

Colique néphrétique gauche avec phénomènes d'occlusion intestinale. Pyélotomie un mois après : iléus post-opératoire.

Une femme de 60 ans est envoyée d'urgence par son médecin pour des phénomènes d'occlusion intestinale. La radiographie montra un spasme du côlon transverse à gauche et des calculs dans le bassinet gauche.

Les accidents d'iléus guérissent spontanément, en même temps qu'un petit calcul s'éliminait par les urines. Il s'agissait donc d'une occlusion intestinale symptomatique d'une colique néphrétique.

Un mois après, on fait une pyélotomie pour enlever les calculs restant dans le bassinet gauche. Cette opération est suivie de phénomènes d'occlusion : ballonnement extrême, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Ces accidents cèdent, le quatrième jour, à des applications de glace et à une médication belladonnée.

La fréquence de ces troubles après l'énervation du pédicule rénal n'est-elle pas encore une preuve, pour ainsi dire expérimentale, du rôle des lésions nerveuses. On remarquera que ce sont surtout les auteurs qui, à l'aide d'une instrumentation spéciale et d'une technique particulièrement précise, exécutent l'énervation la plus complète, qui ont observé ces troubles abdominaux dans les suites opératoires (Papin).

Malgré tout, nous ne croyons pas que l'atteinte du plexus rénal ou le tiraillement du plexus solaire expli-

quent tous ces cas. L'anesthésie générale (Staccarda, dilatation aiguë), la rachi-anesthésie (Oudard, Maissonnet), l'aérophagie en comptent peut-être quelques-uns à leur actif.

OBSERVATION XCVI (résumée)
(OUDARD)

*Iléus paralytique avec aérophagie après néphrectomie
pour tuberculose rénale droite.*

Homme de 45 ans, tuberculose du rein droit. Néphrectomie sous rachi-anesthésie, sans difficulté opératoire: pas de péri-néphrite; pédicule long.

Le soir, ballonnement, l'estomac et l'intestin sont également distendus. Pas de fièvre, pouls à 100, le malade a uriné.

Le lendemain, ballonnement plus marqué, hoquet, vomissements bilieux. Tic aérophage. Traitement: cale de bois entre les dents, sonde rectale, lavage gastrique.

Le deuxième jour, ventre moins tendu, quelques gaz, urines: 900 cc.

Troisième jour, l'amélioration continue: gaz, un litre d'urine.

Le quatrième jour, la quantité d'urine étant toujours d'un litre, reprise des accidents intestinaux, qui durent 4 jours. Des lavements électriques finissent par amener la débâcle libératrice. Guérison.

MÉCANISME DES ACCIDENTS RETARDÉS

La dilatation aiguë de l'estomac ou l'iléus ne débute parfois que très progressivement, pour ne se mani-

fester que le troisième ou quatrième jour après l'intervention rénale. Il est difficile, dans ces cas, d'incriminer le plexus nerveux. Bien entendu, comme après toute intervention, la compression artério-mésentérique, l'aérophagie, etc., peuvent être à la base de ces accidents (Oudard). Mais certains facteurs particuliers méritent pour tant d'être mis en lumière.

1. — *Une déchirure ignorée du péritoine.* — Au cours d'une néphrectomie laborieuse, une déchirure péritonéale peut avoir passé inaperçue. A ce point de vue, les observations où l'on note de la fièvre dans les suites opératoires peuvent passer pour suspectes.

Cependant, dans plusieurs cas où la déchirure péritonéale a été vue et signalée (Gayet, Michon), l'autopsie n'a pas montré d'infection péritonéale. L'infection ne peut donc tout expliquer.

2. — *La coudure du colon et du duodénum* au cours d'une intervention par voie lombaire est un accident sur lequel Alglave a beaucoup insisté, avec preuves à l'appui. Pour Cathelin, la néphropexie avec libération insuffisante des adhérences rénales expose particulièrement à la coudure de l'angle colique (iléus) ou de la deuxième portion du duodénum (dilatation gastrique).

Voici un cas où une coudure de ce genre est survenue après une néphrectomie difficile :

OBSERVATION XCVII (résumée)

(GAYET)

Tuberculose rénale droite; pyonéphrose; néphrostomie. Néphrectomie secondaire; iléus et dilatation gastrique acquis post-opératoires; mort en deux jours.

Chez une malade atteinte de tuberculose rénale droite pyonéphrotique on fait une néphrostomie d'urgence. Quatre mois plus tard, néphrectomie secondaire par voie lombaire; opération extrêmement difficile: on entre plusieurs fois dans le péritoine qui est refermé immédiatement. Ligature du pédicule, drainage par un tube et une mèche.

Le soir de l'intervention température 37° , le lendemain la malade commence à vomir, ventre légèrement ballonné, température $38^{\circ}7$. On craint une infection péritonéale. Le troisième jour, le ventre est ballonné, mais les vomissements ont un peu diminué: température $38^{\circ}7$. La mèche est retirée, on craint qu'elle ne joue un rôle de compression sur l'intestin. Les urines sont suffisantes : 500 gr.

Le soir, le ventre se ballonne énormément; vomissements verdâtres, pouls incomptable, température $37^{\circ}4$. Mort.

Autopsie : rien d'anormal au niveau de la plaie, elle ne communique pas avec le ventre. A l'ouverture du ventre, pas de lésion de péritonite; estomac et cæcum monstrueusement dilatés remplissent l'abdomen. Au niveau de l'angle droit le côlon fait un coude très aigu et le calibre de l'intestin diminue tout à coup. Les gaz passent dès qu'on a redressé cette coudure. L'intestin grêle apparaît comme atrophié. En revanche, l'estomac très volumineux descendant jusque dans le bassin, et rempli d'un liquide abondant. Rein gauche sain.

Même dans ce cas, où les phénomènes mécaniques paraissent avoir joué un rôle précis (coudure du colon), l'action du système nerveux ne peut être mise hors de cause (absence de dilatation de l'intestin grêle, entre le colon énorme et l'estomac très dilaté, brusquerie très grande des accidents).

3. — *Un hématome rétropéritonéal se formant progressivement au cours des suites opératoires peut :*

Soit comprimer le duodénum contre le pédicule mésentérique ;

Soit comprimer le plexus solaire ;

Soit encore causer des troubles mécaniques en s'infiltrant dans les méso^s de l'intestin (Lissowskaja, qui émet cette dernière explication, avoue ne pouvoir citer aucune vérification nécropsique à l'appui).

4. — *L'urémie post-opératoire* explique beaucoup de ces accidents retardés. Toute intervention détermine une augmentation passagère de l'urée sanguine. A plus forte raison, une intervention rénale, susceptible de troubler par réflexe réno-rénal le fonctionnement du rein opposé, doit-elle s'accompagner d'une période d'azotémie notable. Or, on sait que l'urémie peut se manifester uniquement par des troubles gastriques ou intestinaux d'allure aiguë. Les prostatiques en état d'instabilité rénale présentent volontiers, après prostatectomie ou même simple cystostomie, des syndromes d'iléus. M. le Professeur Gayet a vérifié à plusieurs reprises l'augmentation de l'urée sanguine chez ces malades, et il tend à incriminer l'urémie dans la majorité des accidents gastriques et intestinaux qui peuvent compliquer les interventions rénales. (Soc. Chirur. de Lyon, 1925).

En somme, ces accidents peuvent reconnaître des pathogénies très variées. Chaque hypothèse trouve des arguments pour elle et contre elle ; les observations publiées sont trop peu comparables pour permettre des conclusions tranchées ; il y manque tantôt tel ou tel détail opératoire, tantôt le chiffre de l'azotémie, tantôt les

constatations nécropsiques. Mais, si l'on a l'attention attirée sur la possibilité de ces complications, il sera sans doute possible un jour, en les étudiant de plus près, d'élucider plus complètement le mécanisme de chacune d'elles.

II. - SYNDROMES GASTRO-INTESTINAUX CHRONIQUES D'ORIGINE RÉNALE ET PÉRIRÉNALE

GENERALITES. — Rien n'est plus banal que la constatation de troubles gastro-intestinaux au cours des diverses maladies rénales. Il n'est presque pas de cas où, à une symptomatologie de pyurie, d'hématurie, de troubles de la miction, on ne voit s'associer des phénomènes dyspeptiques ou entéritiques.

Mais ces troubles digestifs peuvent prendre le pas sur les troubles urinaires, et même subsister seuls, en l'absence de ceux-ci. Il est des calculs du bassinet, des hydronéphroses, des infections rénales, etc., qui, sans se traduire par aucun signe urinaire notable, se manifestent seulement par des accidents d'ordre gastro-intestinal : en d'autres termes, *il y a des formes gastrointestinales des affections rénales.*

Bien des malades soignés, depuis des années, tantôt pour une dyspepsie, tantôt pour une appendicite chronique, tantôt pour une entérocolite muco-membraneuse, et chez qui rien n'a jamais attiré l'attention sur l'appar-

reil urinaire, méritent un examen systématique des reins par la radiographie et le cathétérisme des uretères : le traitement de l'affection rénale suffira à lui seul à supprimer, comme par enchantement, les troubles digestifs invétérés.

Un autre fait important mérite d'être signalé : *la symptomatologie des affections rénales chroniques peut évoluer en deux phases*. Dans une première période, qui peut durer plusieurs semaines, plusieurs mois, plusieurs années même, la symptomatologie est uniquement digestive ; puis la maladie rénale se démasque et les signes urinaires apparaissent. Ce sont les *formes gastro-intestinales de début des affections rénales*.

Nous pourrions citer des faits de ce genre dans presque toutes les maladies du rein. Nous laisserons cependant de côté le rein mobile ; les formes dyspeptiques et entéritiques de la néphroptose sont trop connues pour qu'on ait à y revenir. Nous renvoyons pour ce sujet aux travaux d'Albarran, d'Alglave, de Mackenzie, de Longyear ; la thèse de Baraton étudie les troubles gastriques ; Navarro, Amarazzi signalent les troubles duodénaux ; Bramwell, Scholl Deguillaume, l'ictère dû au rein mobile ; Edebohls, Tuffier, Hourtoule discutent les rapports de la néphroptose avec l'appendicite ; Liddel, Esmonet, etc., les relations du rein flottant avec l'entérococolite muco-membraneuse. Etant donné la fréquence extrême du rein mobile, il est permis d'ailleurs de se demander s'il n'y a pas souvent entre cette affection et les troubles digestifs une simple relation de coïncidence. Il ne faut admettre le rapport de cause à effet que dans

les cas où la néphropexie a suffi à faire disparaître tous les phénomènes gastro-intestinaux.

Cette question du rein mobile étant mise à part, nous passerons en revue les principales affections rénales, et nous montrerons qu'on peut décrire pour chacune d'elles :

Une forme dyspeptique ;

Une forme entéritique.

FORMES GASTRO-INTESTINALES DES AFFECTIONS RÉNALES ;
LEURS CARACTÈRES GÉNÉRAUX.

Les affections rénales peuvent donner lieu à des variétés innombrables de troubles digestifs ; tous les types de dyspepsie, avec ou sans douleurs, avec ou sans troubles sécrétoires, avec ou sans troubles d'évacuation gastrique, ont pu être constatés ; parmi les manifestations intestinales, on rencontrera dans les observations ci-dessous, tous les syndromes de colite y compris l'entérocólite muco-membraneuse, le syndrome dysentérique, le syndrome pseudo-appendiculaire, celui de la sigmoïdite, etc. Ce n'est donc pas le type clinique des accidents qui peut trahir leur origine rénale.

D'après les faits que nous avons eu l'occasion d'étudier, il nous semble que l'origine des troubles observés peut être soupçonnée sur deux indices :

Le mode d'évolution des accidents ;

Le fait qu'ils ne s'améliorent pas par le régime et par les médicaments s'adressant à l'appareil digestif seul.

1. — *Le mode d'évolution* est souvent assez caractéristique. Cette évolution procède par crises, de durée variable, mais dont le début et la fin sont particulièrement

Brusques. D'emblée, tous les troubles s'installent, il n'y a pas cette période d'apparition progressive et d'aggravation lente qui marque le début des affections autonomes de l'estomac ou de l'intestin ; d'autre part, la crise se termine du jour au lendemain, au lieu d'avoir une amélioration progressive, comme c'est le cas dans la guérison d'une maladie proprement gastrique ou intestinale. Dans les intervalles qui séparent les crises le malade redevient le gros mangeur, à digestions excellentes, qu'il était auparavant.

2. — *Les troubles sont rebelles à un traitement qui vise uniquement les fonctions digestives.* — Ces malades ont absorbé des quantités énormes de bismuth, de bicarbonate de soude, ils ont épuisé la liste des spécialités pharmaceutiques promettant la guérison des dyspepsies ; puis ils se sont adonnés aux agents physiques : le massage, l'électrisation, la diathermie, les diverses cures thermales ont successivement échoué ; le chirurgien est quelquefois entré en scène dans cette lutte acharnée contre le tube digestif pourtant innocent : l'appendicectomie n'a pas donné l'amélioration espérée, une gastroentérostomie a été essayée parfois ; souvent la vésicule biliaire a été vainement explorée, sinon enlevée. Dans chacune de ces trois étapes, étape pharmaceutique, étape des agents physiques, étape chirurgicale, le traitement a échoué parce qu'il s'adressait uniquement à l'estomac ou à l'intestin. Tel est le deuxième fait qui doit faire songer à explorer les reins en pareille occurrence ; cependant les mictions sont normales, les fosses lombaires indolores ; les reins, non perceptibles ; n'import-

te, l'examen microscopique des urines, le cathétérisme des uretères, la radiographie, la pyélographie, décèleront cette affection rénale latente dont le traitement guérira tous les troubles abdominaux, preuve manifeste de leur origine véritable.

CHAPITRE PREMIER

Formes gastro-intestinales chroniques de la lithiase réno-urétérale

Les syndromes digestifs si variés, qui peuvent être l'unique manifestation d'un calcul rénal latent, se classent en deux catégories : troubles dyspeptiques, troubles intestinaux.

Forme dyspeptique de la lithiase rénale latente

On cherche vainement, aussi bien dans les traités d'urologie que dans les ouvrages classiques de gastro-entérologie, une description complète de ces accidents ; on ne trouve que quelques allusions éparses à cette question, à la place du chapitre important qu'elle paraît cependant mériter. Lancereaux avait pourtant signalé

ces faits. Ils n'avaient pas échappé au grand clinicien Guyon : « bien souvent, les malades n'accusent que des symptômes en apparence étrangers à une affection des voies urinaires, tels que des troubles digestifs, qui, cependant, ne reconnaissant pas d'autres causes... Une maladie des voies urinaires peut donc être masquée par des symptômes qui semblent ne pas en dépendre et les manifestations produites sont assez accentuées et assez persistantes pour amener ceux qui en souffrent à s'en préoccuper, à s'en plaindre presque exclusivement ». Ces phrases sont extraites des Cliniques de Guyon, et Legueu, qui avait dû les entendre, en écrivit d'analogues dans sa thèse sur les calculs du rein.

La littérature étrangère renferme des phrases semblables, mais, à part les travaux d'ensemble de Sternberg et de Stewart, on ne rencontre que des allusions rapides aux faits qui nous occupent.

Rosenstein écrivait, en 1863 : « Il résulte de quelques observations que l'angoisse et les nausées, ou la sensation de poids à l'épigastre, sont quelquefois les seuls signes subjectifs dont souffrent les calculeux ; ces signes sont longtemps méconnus dans leur véritable signification, et sont soignés comme un catarrhe de l'estomac, alors que c'est dans le rein que se trouve le substratum de l'atteinte sympathique de l'estomac. L'exploration du rein est le meilleur moyen de s'assurer de la véritable cause des troubles subjectifs ».

Ebstein écrit dans son traité, à propos de la lithiase, que « les manifestations gastriques sont maintes fois au premier plan, de sorte que toute la maladie prend un caractère gastralgique ». La phrase suivante est d'Ej-

chorst (1875) : « les patients se plaignent souvent de nausées, d'envies de vomir, et de douleurs gastriques, et l'on peut penser que les calculs du rein sont la cause de certaines pseudo-maladies d'estomac ».

Tous ces auteurs se sont contentés de citer ces faits cliniques sans essayer de les grouper, et Sternberg paraît être le premier qui ait prononcé le mot de « forme gastrique de la lithiase du rein ».

Des travaux plus récents ont repris cette question : en France, Loeper lui a consacré une de ses leçons de pathologie digestive, Ramond a écrit un chapitre sur les dyspepsies d'origine rénale. A l'étranger, Goyena, de Buenos-Ayres, a rapporté dans un volume de 200 pages traitant des gastropathies d'origine rénale, plusieurs observations de lithiase rénale à forme dyspeptique. En Espagne, Lozano y Pastor individualise un groupe dyspeptique parmi les calculs latents du rein que peuvent révéler les rayons X. En Italie, Luceri, élève de Tusini, décrit dans un article important : « la calculose rénale latente à type gastro-entéropathique réflexe ». De cet ensemble de faits, auxquels nous ajoutons plusieurs observations inédites, nous nous efforcerons de tirer une classification des dyspepsies symptomatiques de la lithiase rénale latente.

A. — LA DYSPEPSIE ATONIQUE ou même flatulente paraît être de beaucoup la plus fréquemment observée.

Elle est parfois très passagère, et ces épisodes intermittents d'intolérance gastrique se présentent comme des *équivalents mineurs de la colique néphrétique*. Dans ces cas, les phénomènes d'aérophagie sont souvent au premier plan.

OBSERVATION XCVIII (résumée)

(LOEPER)

Un homme de 47 ans, ayant habituellement très bon estomac, est pris brusquement d'une dyspepsie intense avec aéro-phagie, éructations, oppression post-prandiale, douleurs de distension gastrique.

Au quinzième jour de cette sorte de « crise de gaz », ainsi qu'il disait, le malade fit une hématurie et évacua un petit calcul urique du volume d'une lentille.

Plus souvent que ces crises gastriques passagères, la lithiase rénale paraît capable d'entraîner des *états dyspeptiques prolongés*.

OBSERVATION XCIX (résumée)

(STEWART)

Dyspepsie symptomatique d'une lithiase rénale latente.

Un homme de 36 ans, libraire, présentait depuis plus de 8 mois des douleurs abdominales qui avaient été traitées par une demi-douzaine de praticiens et par un chirurgien de grande notoriété comme un désordre gastrique. La douleur siégeait dans l'hypochondre gauche; les digestions étaient pénibles, accompagnées de flatulence, améliorées par l'expulsion de gaz. Le malade n'avait jamais eu d'hématurie, ni aucun trouble fonctionnel urinaire.

L'examen révéla un point douloureux dans la région urétéro-iliaque gauche, le pôle inférieur du rein était à peine perceptible dans l'inspiration forcée. Dans les urines: traces d'albumine. L'auteur, qui avait l'attention attirée sur la possibilité de lithiase rénale, parce qu'il avait observé d'autres

cas analogues, fit faire un examen microscopique des urines qui décèla des hématies.

Malgré deux radiographies négatives, on intervint sur le rein gauche, et l'on put extraire un calcul du bassinot de 10×12 m/m.

La guérison fut complète: les troubles digestifs disparurent, et le malade put manger des aliments qu'il n'avait pu prendre depuis près de deux ans.

Certains auteurs ont noté dans ces dyspepsies d'origine rénale, des *troubles de la sécrétion gastrique*.

OBSERVATION C (résumée)

(LUCRI)

Calculose rénale latente du type gastro-entéropathique réflexe

C. G., 18 ans, étudiant; depuis deux ans, le malade se plaint de troubles dyspeptiques consistant en digestions difficiles, pesanteur après les repas, langue pâteuse et saburrale, haleine fétide, et de stase intestinale habituelle alternant avec des périodes de diarrhée. Le patient a consulté divers médecins, qui, après des examens minutieux, ont fait le diagnostic de dyspepsie avec atonie intestinale.

Pendant tout ce temps, aucun signe particulier n'a attiré l'attention du côté de l'appareil urinaire; ni colique, ni sensation douloureuse spéciale dans la région costo-lombaire. Un examen d'urine fortuitement pratiqué décèla une légère quantité d'albumine: 0,20 %.

Entré à la clinique le 19 novembre 1921, il est examiné aux points de vue clinique et radiologique. Bon état général, rien de particulier dans les antécédents à part une scarlatine dans l'enfance. Il se plaint uniquement et exclusivement de troubles gastriques, consistant en sensations de plénitude après les

repas, en digestions difficiles, avec céphalées fréquentes. A l'examen d'urine: présence d'albumine en petite quantité; après centrifugation, découverte de nombreux globules déformés. Le malade a irrégulièrement de légers mouvements fébriles: 37°5, 37°9. Rien d'anormal à l'examen des appareils respiratoire et circulatoire. A la palpation de l'abdomen, la région iléo-cæcale est indolente, ainsi que le côlon dans toute sa longueur. La palpation de l'épigastre provoque un certain degré de douleur.

Un repas d'épreuve avec prélèvement de suc gastrique ne décèle aucune altération quantitative ou qualitative de la sécrétion gastrique; cependant, il y a peut-être une légère diminution de la sécrétion chlorhydrique.

Un examen radioscopique des voies digestives est entièrement négatif au point de vue gastro-intestinal mais on remarque par hasard dans la fosse lombaire gauche une tache correspondant à la région rénale qui fait penser à un calcul du rein. La radiographie confirme la trouvaille radioscopique en montrant deux corps opaques dont l'un siège dans le quadrilatère de Bazy-Morand. Il s'agit de calculose rénale gauche. Cathétérisme des uretères, rétention de 12 cc. d'urine légèrement trouble dans le bassinet gauche. Azotémie: 0 gr. 28. K. : 0,08. L'examen chimique des urines séparées montre l'intégrité du rein droit.

Intervention : Professeur Tusini. Une pyélotomie gauche permet l'extraction de deux calculs phosphatiques du volume l'un d'une noisette, l'autre d'un pois, qui siégeaient l'un dans le calice supérieur et l'autre dans le bassinet. L'exploration du rein et de l'uretère ne montre pas d'autre calcul. L'opération fut difficile, spécialement dans le temps d'isolement du pôle supérieur du rein en raison d'adhérences périnéphrétiques étendues.

Suites opératoires normales. Le patient a été revu à la clinique, au bout de 6 mois, puis d'un an et demi: il est complètement et radicalement guéri des troubles qu'il accusait du

côté de l'appareil digestif, il a engraisé de 4 kgs dans les six mois qui ont suivi l'opération.

OBSERVATION CI (résumée)

(LUCRI)

Calculose rénale latente du type gastropathique réflexe.

L. A., 35 ans, infirmière, a souffert, il y a 15 ans, d'une hématurie abondante accompagnée de douleur dans le flanc gauche. Le médecin qui l'examina la déclara atteinte d'un rein mobile du second degré avec néphrite concomitante. Le port d'une ceinture avec pelote et l'institution d'un régime firent tout rentrer dans l'ordre.

Cinq ans après, la malade a commencé d'accuser des troubles d'une certaine importance du côté de l'appareil digestif, consistant en sensations de plénitude et de tension épigastrique après les repas, en lassitude marquée, nausées, et en troubles intestinaux alternatifs de constipation et de diarrhée. A cette époque, l'examen de l'urine montra une très légère quantité d'albumine; la malade fut mise au régime lacté alternant avec le régime déchloruré. Les troubles gastriques avaient été attribués à de l'urémie et l'on s'attendait dans son entourage à la voir succomber bientôt avec des convulsions et des phénomènes d'urémie généralisée.

Dix ans se passèrent dans cet état avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration jusqu'au jour où la malade vint se faire examiner à la clinique.

A l'examen, malade d'aspect général satisfaisant, non amaigrie; les appareils circulatoire et respiratoire ne présentent rien de particulier. Elle se plaint de sensations de lourdeur à la région épigastrique après les repas. Les digestions sont difficiles et lentes, il y a des aigreurs d'estomac et une constipation opiniâtre alternant avec des périodes de diarrhée.

Nausées fréquentes, et quelques vomissements non alimentaires; depuis quelques mois, diminution nette de l'appétit; répugnance pour certaines variétés d'aliments, en particulier pour les viandes; préférence pour l'alimentation liquide.

Dans ces conditions, la malade vient se soumettre à un examen radiologique complet de l'appareil digestif. Cet examen ne révèle rien de pathologique: estomac, pylore et duodénum normaux, transit intestinal légèrement retardé. Après le repas d'épreuve classique, l'examen des liquides extraits ne met en évidence qu'une légère augmentation de la sécrétion chlorhydrique.

Acidité totale	192
Acides de fermentation	10
HCl libre	4,6
HCl combiné organique	172
Chlore total	332

A la palpation des régions rénales, on ne provoque aucune sensation douloureuse et les points urétéraux inférieur, moyen et supérieur sont indolents. La malade n'accuse aucun trouble du côté de la vessie; pas de pollakiurie diurne ni nocturne, pas de dysurie. Seul, l'examen de l'urine, après centrifugation, permet de noter la présence de pus en légère quantité.

Dans ces conditions, on pratique une cystoscopie et un cathétérisme des uretères avec examen de la fonction rénale. Cet examen confirme la présence de pus venant du rein gauche, dont toutes les éliminations (urée, chlorures, phénol-phtaléine) sont abaissées, avec intégrité fonctionnelle du rein droit. Il existait à gauche une petite rétention (13 cc.) d'urine légèrement trouble dans le bassinnet.

Examen histo-bactériologique: rein D: quelques bactéries, rares leucocytes, urates de soude ;

Rein G.: pus abondant, nombreuses bactéries (colibacilles).

K. d'Ambard : 0,092 ; azotémie : 0,35 0/00.

Une radiographie du rein gauche montre un gros calcul ramifié avec base d'implantation siégeant probablement dans le bassinet et ramifications dans les calices. Radiographiquement, aucun calcul n'existe dans le rein droit (fig. 2, p. 192, schéma n° 5).

Diagnostic : calculose rénale latente gauche infectée.

Intervention : Professeur Tusini: Incision de Guyon-Simon, extériorisation difficile d'un gros rein avec adhérences périméphrétiques étendues, ligatures isolées du pédicule et de l'uretère. La pièce est représentée par un gros rein contenant de vastes cavernes de la portion corticale, remplies d'une substance purulente. Gros calculs phosphatiques ramifiés, à base d'implantation dans le bassinet, avec trois ramifications dans les calices.

Suites opératoires normales; complètement guérie la malade part de la clinique un mois après l'intervention.

Trois mois après, la malade est revue; elle déclare être complètement délivrée de ses troubles; reprise graduelle de l'appétit, il n'y a plus ni nausées ni vomissements, les fonctions intestinales sont améliorées, la malade a repris 3 kgs.

B. — DYSPEPSIE DOULOUREUSE. — Cette forme se caractérise surtout par des douleurs tardives, survenant 2 à 4 heures après les repas, et par des phénomènes de spasme pylorique aboutissant à des vomissements.

OBSERVATION CII (personnelle, inédite)

Syndrome douloureux gastrique ayant simulé pendant plusieurs années l'ulcère duodénal. Au bout de dix ans, colique néphrétique avec élimination de calcul; dyspepsie d'origine rénale.

Mlle B..., 28 ans, souffre depuis l'âge de 15 ans, de douleurs gastriques et de troubles dyspeptiques évoluant par crises. En

1915, l'affection a débuté par deux épisodes douloureux, qui furent suivis de nombreux autres s'échelonnant jusqu'en 1918. Les digestions étaient très pénibles, s'accompagnant de crampes et de douleurs localisées dans la partie gauche du creux épigastrique. Ces malaises duraient une demi-heure environ. La malade, interrogée à ce sujet, déclare que les troubles de la digestion survenaient fréquemment lorsqu'elle essayait de faire une promenade dans l'après-midi. Au contraire, si elle gardait la position horizontale pendant la période digestive, les douleurs et les crampes, ainsi que l'état nauséux, faisaient habituellement défaut.

Après avoir consulté un grand nombre de médecins, qui, tous, la considérèrent comme atteinte d'une affection gastrique, elle fut examinée à plusieurs reprises par un médecin des hôpitaux de Lyon, de très grande notoriété. Celui-ci constata un point douloureux dans la région pylorique, et, songeant à la possibilité d'un ulcère gastrique ou duodénal, conseilla la recherche du sang dans les selles et un examen radiologique complet du tube digestif.

Examen radioscopique : Allongement considérable de l'estomac. Contractions peu apparentes et non efficaces. La mobilité de l'estomac est conservée, pas de point douloureux dans la région pylorique. L'évacuation de l'estomac n'est pas complète 3 heures après l'ingestion. Retard considérable dans l'évacuation de toutes les parties du tube digestif et surtout du cæcum. La recherche du sang dans les selles a toujours été négative.

Malgré l'emploi du bismuth, un régime sévère, les troubles digestifs persistèrent et entraînèrent un amaigrissement de 5 kgs. Pendant l'année 1922, il y eut une amélioration spontanée, puis, en 1923, une période d'état subfébrile qui fit penser à de la tuberculose, mais aucun symptôme ne vint confirmer ce diagnostic. Pendant toute cette période, jamais aucun trouble fonctionnel n'attira l'attention du côté de l'appareil urinaire: il n'y eut jamais d'hématurie, et la recherche

de l'albumine, pratiquée à plusieurs reprises, se montra toujours négative.

En 1925, les troubles gastriques devinrent plus intenses que jamais, les digestions, très pénibles, s'accompagnaient de phénomènes d'aérophagie, et des vomissements de plus en plus fréquents se prolongèrent pendant plusieurs mois faisant obstacle à l'alimentation. Plusieurs médecins consultés à cette époque parlèrent de névropathie et traitèrent la malade dans ce sens.

Subitement, le 11 juin 1925, survint une colique néphrétique absolument typique, avec douleurs irradiées le long de l'uretère gauche. Trois accès douloureux très violents (7 h. 30, 11 heures, 14 heures) aboutirent à l'élimination spontanée d'un calcul triangulaire de 3×2 m/m à nombreuses aspérités (fig. 3, p. 192).

Une radiographie exécutée les jours suivants montra de petits calculs multiples disséminés dans le fond des calices du rein gauche. Pas de calcul dans le rein droit.

Une intervention ne fut pas jugée utile, à cause du petit volume des calculs restants; le traitement médical de la lithiase a amélioré beaucoup le fonctionnement du tube digestif; cependant, il existe encore, de temps en temps, des douleurs gastriques accompagnées de douleurs lombaires gauches. Pendant ces périodes, il est possible encore de retrouver, à la palpation, le point douloureux épigastrique qui avait fait songer si souvent à un ulcère de l'estomac.

OBSERVATION CIII

(dûe à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Calcul du rein droit à forme dyspeptique. Pyélotomie postérieure et extraction du calcul. Guérison des troubles digestifs

Mme L..., 26 ans, est envoyée du service de M. le Docteur

Savy, où elle était entrée parce qu'elle souffrait de l'estomac.

Pas d'antécédents à noter, à part les maladies banales de l'enfance. Réglée à 15 ans, elle se maria à l'âge de 19 ans, et eut 5 enfants, dont 3 sont actuellement vivants. Pendant les grossesses, on aurait constaté d'une manière intermittente des traces d'albumine dans les urines.

L'affection actuelle date de 5 ans. A ce moment, la malade souffrait de douleurs localisées dans le flanc droit, survenant par crises accompagnées de vomissements et de constipation opiniâtre. Il n'y eut jamais d'hématurie, ni aucune modification des urines susceptible d'attirer l'attention sur le rein. Les médecins consultés à cette période, pensèrent à une appendicite et, il y a 4 ans, une appendicectomie fut même proposée à la malade.

Depuis sa dernière grossesse, c'est-à-dire depuis un an environ, la malade se plaint surtout et presque uniquement de l'estomac. Elle ressent régulièrement après chaque repas des douleurs d'apparition tardive, 3 ou 4 heures après l'ingestion alimentaire. Ces douleurs affectent le type de brûlures, et parfois celui de lourdeurs siégeant dans le creux épigastrique. Elles sont accompagnées de renvois aigres, qui aboutissent quelquefois à des vomissements aqueux peu abondants. Ces troubles digestifs étaient extrêmement accusés au point que la malade prétend avoir perdu 17 kilogs.

A l'examen, l'aspect général est excellent ; cependant la langue est saburrale. La palpation de l'abdomen ne décèle rien de précis, et, en particulier, les reins ne sont pas perçus. Il n'y a pas de point douloureux net à la pression ni au creux épigastrique, ni dans la région appendiculaire. L'examen des urines retrouve le très léger disque d'albumine, constaté déjà à plusieurs reprises au cours des grossesses.

Malgré l'absence de tout signe fonctionnel précis du côté de l'appareil urinaire, on pratique une radiographie des reins (Docteur Japiot). A gauche la radiographie est négative, mais on aperçoit un calcul de la grosseur d'une petite amande dans le bassinet droit. (Voir radiographie planche III, hors texte).

La cystoscopie ne montre pas de lésion vésicale. Le cathétérisme des deux uretères fournit en une demi-heure les résultats suivants :

	à droite	vessie contrôle	à gauche
Volume	2 cc.	3 cc.	20 cc.
Urée 0/00	6 gr.25	3 gr.37	21 gr.25
Urée totale :	0,01	0/00.	

Le rein gauche est donc excellent, le rein droit très insuffisant. Dosage de l'urée du sang : 0 gr. 38 par litre.

Intervention (Docteur Gauthier). Anesthésie générale à l'éther. Pyélotomie postérieure classique. On extrait un calcul gros comme une petite amande. Il siégeait dans le bassin doublé de volume; le rein était fixé par une périnéphrite en réseau. Suites opératoires simples.

Revue 2 mois plus tard, la malade est en bon état, elle a de l'appétit, ses forces augmentent, ses urines sont claires sans albumine.

Deux ans après cette opération nous avons eu l'occasion de revoir et d'examiner cette malade. Ses digestions sont excellentes, elle fait remarquer elle-même qu'étant enceinte de 6 mois, elle n'a même pas eu de vomissement au début de sa grossesse. Les urines sont claires elles ne renferment pas d'albumine : la guérison semble définitivement acquise.

L'existence du *spasme pylorique* chez ces malades paraît certaine, étant donné l'horaire tardif de leurs douleurs. D'ailleurs, on a pu surprendre à la radioscopie, se spasme du pylore.

OBSERVATION CIV. (Résumée)

(LÆPER)

Spasme réflexe du pylore vérifié à la radioscopie, en rapport avec une lithiase rénale à forme dyspeptique

J'ai vu à Boucicaut un homme de 41 ans, souffrant de lithiase rénale avec élimination de sable urique, et à la fois de douleurs tardives à caractère spasmodique souvent accompagnées de vomissements.

La radioscopie montra un ralentissement de l'évacuation pylorique avec exagération notable des contractations de l'estomac.

Voici maintenant deux observations qui établissent les rapports entre les douleurs gastriques et la présence d'un calcul rénal.

Dans la première, la douleur gastrique apparaît et disparaît en même temps que le calcul. Dans la seconde, un malade ayant eu antérieurement un ulcère gastrique éprouva à nouveau, à l'occasion d'une lithiase rénale, des douleurs qu'il déclara être absolument identiques et que l'ablation du calcul suffit à guérir.

OBSERVATION CV

(due à l'obligeance de M. le Docteur GAUTHIER)

Dyspepsie apparue et disparue en même temps qu'un calcul du rein. Absence de phénomènes urémiques.

M. D..., 43 ans, bonne santé habituelle; un rétrécissement d'origine gonococcique qui nécessite des soins depuis 1913. Dilatation pendant quelques années. En 1924, rétrécissement

de plus en plus serré, pyurie. Une radiographie faite en 1925 en Amérique montre des calculs prostatiques. Une autre, en 1927, montre des calculs ramifiés dans le rein gauche. C'est la cause de la pyurie.

En coïncidence avec la découverte du calcul, installation d'une dyspepsie gênante : vomissements très fréquents, anorexie, amaigrissement de 6 kilogs. Ces différents phénomènes ne peuvent être mis sur le compte de la fièvre, ou de l'urémie. Les recherches de règle pour déceler celle-ci (azotémie, phénol-sulfo-phtaléine), ont été négatives.

Néphrectomie le 14 mai 1928, faite avec un bon résultat, dans d'excellentes conditions.

Très vite après l'opération, disparition complète de la dyspepsie. Actuellement, excellente digestion, il ne reste plus aucune trace de dyspepsie.

OBSERVATION CVI. (Résumée)

(GRANT)

Ulcère gastrique. Gastro-entéro-anastomose. Réapparition de douleurs et de troubles fonctionnels gastriques absolument identiques à ceux qu'avait provoqués l'ulcère.

Intervention pour ulcère peptique du jéjunum : pas d'ulcère peptique, calcul du bassin droit.

Dentiste âgé de 40 ans, opéré deux ans et demi plus tôt pour un ulcère gastrique : on avait trouvé un grand ulcère en selle sur la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure. Guérison et disparition des troubles gastriques.

Mais, depuis quelque temps, tous les symptômes digestifs ont réapparu. On pense à la possibilité de cancérisation de l'ulcère, ou à un ulcère peptique, ou à des adhérences autour de la bouche de gastro. La laparotomie exploratrice est con-

seillée. Le patient voulut essayer un traitement palliatif, mais les douleurs post-prandiales intolérables le décident à se faire opérer. La radioscopie montre un estomac ptosé ; les aliments passent immédiatement par la bouche de gastro.

L'intervention montre une gastro parfaite, sans coudure du jéjunum ni ulcère peptique. L'ulcère paraît guéri avec seulement un peu d'induration à sa place. En examinant le reste de l'abdomen, on perçoit dans la partie inférieure du bassin du rein droit un corps dur qui est évidemment un calcul. Impossible de l'enlever par la laparotomie médiane. On referme le ventre.

Après guérison, on fait une radiographie, qui décèle une opacité de la grandeur d'un shelling dans la région où le calcul fut perçu.

Le malade attend d'avoir une santé meilleure pour se faire enlever son calcul.

Outre l'absence complète de signes urinaires, ce cas est remarquable en ce que *le malade décrivait sa douleur exactement telle qu'elle était auparavant*, et en ce qu'il la rapportait au côté gauche. Rien n'indiquait dans la deuxième intervention que la douleur fût due à l'ulcère gastrique ou à l'anastomose.

La lithiase rénale latente se traduit donc parfois par une dyspepsie, intermittente ou continue. On peut constater :

- Des troubles moteurs (atonie, spasme du pylore, etc.) ;
- Des troubles sécrétoires (hyper ou hypochlorhydrie) ;
- Des troubles douloureux, subordonnés le plus souvent aux troubles précédents.

L'existence de ces troubles repose sur des documents cliniques, radiologiques, et chimiques. Leur cause rénale

est prouvée de façon indubitable par le fait que l'ablation du calcul suffit à amener la guérison des phénomènes digestifs.

Forme intestinale de la lithiase rénale latente

Les manifestations intestinales sont peut-être plus fréquentes encore que les dyspepsies. Leur variété est infinie, mais nous essayerons d'individualiser parmi elles les syndromes les plus typiques : ce sont l'entérocolite muco-membraneuse, la forme pseudo-appendiculaire, la tympanite, le spasme du gros intestin simulant la sigmoïdite, et même le néoplasme du colon ilio-pelvien.

I. — L'ENTÉROCOLITE MUCO-MEMBRANEUSE est un des modes de réaction du gros intestin aux excitations d'ordre réflexe. Les recherches expérimentales de Roger et Trémolières, celles d'Hallion et F. Bernard, en ont fourni la preuve. Il n'est donc pas étonnant que la présence d'un calcul rénal détermine volontiers de la part du gros intestin, une réaction de ce genre.

OBSERVATION CVII. (Résumée)

(SOUPAULT et JOUAUST)

Entéro-colite muco-membraneuse symptomatique

d'une lithiase rénale latente

Apparition tardive de troubles urinaires

Docteur B..., 46 ans, souffre depuis 7 ans d'une entérocolite

caractérisée : crises entéralgiques intenses, contraignant le malade à l'emploi de la morphine. De temps en temps, débâcle diarrhéique avec peaux. Le malade avait consulté un grand nombre de confrères qui avaient toujours reconnu le syndrome de l'entérocólite. Il avait fait plusieurs séjours à Plombières sans résultat.

Deux crises typiques de coliques néphrétiques se déclenchèrent enfin. Un urologiste consulté reconnut l'existence d'un calcul du bassin qui fut enlevé opératoirement (le côté n'est pas précisé).

La transformation fut complète du côté intestinal : plus de douleur, plus de crise, disparition de tout le syndrome d'entérocólite.

OBSERVATION CVIII. (Résumée)

(LUCRI)

Calculose rénale latente du type entéropathique réflexe

P. G..., garçon de 14 ans, est affecté depuis 2 ans de troubles intestinaux, consistant en coliques douloureuses propagées tout le long des côlons ascendant, transverse et descendant, accompagnées de mouvements fébriles marqués (38,5 à 39). Pendant cette période, il a été soigné d'abord pour entérocólite muco-membraneuse, puis il fut suspecté d'appendicite chronique à répétition ; en dernier lieu, une appendicectomie avait été proposée pour le guérir. A l'examen, malade de taille normale, masses musculaires hypotoniques, muqueuses pâles. A la palpation de l'épigastre, le petit malade accuse une vive douleur, par contre aucune douleur dans la région iléo-cæcale. La palpation des deux régions rénales reste absolument indolente. Pendant les premiers temps des troubles sus-décrits, un examen d'urine avait montré une

petite quantité d'albumine, à laquelle aucune importance n'avait été attribuée.

L'examen radiologique fut entièrement négatif du côté de l'appareil digestif. A l'examen de l'urine centrifugée, on trouve des leucocytes déformés. Une radiographie bilatérale des reins décèle à droite un gros calcul dans la partie supérieure du rein, et du sable dans le pôle inférieur (fig. 2, p. 192).

Azotémie : 0,29 %. K. : 0,076.

Diagnostic : calculose rénale droite.

Intervention : Professeur Marogna. La néphrotomie extrait un calcul phosphatique du pôle inférieur, du rein droit, et quelques petits débris. Le rein étant ptosé, on pratique une néphrorraphie avec néphropexie.

Suites opératoires normales ; revu à la clinique près de 2 ans plus tard, le petit malade a engraisé de 6 kilogs, son état général est excellent ; cependant les fonctions intestinales ont mis près d'un an pour redevenir normales.

OBSERVATION CIX

(due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

*Syndrome de colite muco-membraneuse avec diarrhée
matutinale impérieuse et douloureuse, ayant duré plusieurs
années, et aucun signe urinaire*

Deuxième période. Cystite légère, hématuries.

Lithiase rénale gauche reconnue à la radiographie.

Pyélotomie élargie. Mort

M. X... Jean, 54 ans, est examiné en 1920 par le Professeur Tixier et le Docteur Etienne Josserand, pour quelques troubles urinaires, consistant essentiellement en une cystite légère et des hématuries peu abondantes.

Grand, très vigoureux, pesant encore plus de 100 kilogs,

il a pu jusqu'à ces dernières années mener une vie très active et très fatigante. N'ayant aucun antécédent personnel ou héréditaire digne d'être signalé, il insiste uniquement sur des phénomènes gastro-intestinaux qui, depuis 4 ou 5 ans, l'ont vivement préoccupé.

Gros mangeur, doué d'un solide appétit, il n'a jamais souffert de l'estomac. Les digestions étaient faciles et non douloureuses. Une légère constipation l'a obligé depuis longtemps à user d'huile de ricin à faibles doses. Mais les selles étaient copieuses, faciles et non douloureuses.

Il y a 5 ans environ, alors que l'état général était excellent, l'activité physique et intellectuelle aussi grandes, un trouble constant et régulier se manifesta dans les fonctions intestinales. Tous les matins, immédiatement après le petit déjeuner, des coliques abdominales très pénibles apparaissent sous l'influence de la marche et déterminent des évacuations impérieuses de matières pâteuses, diarrhéiques souvent. C'est une véritable crise, qui dure environ une demi-heure et laisse durant toute la matinée M. X..., las et sans courage.

Voici la description très exacte qu'il en fait. Après son petit déjeuner, il descend ses escaliers très dispos, et, à pied, gagne le siège de ses occupations ; celui-ci est à peine à 500 mètres de son domicile. Dès qu'il a fait 200 mètres environ, il éprouve un tiraillement pénible dans le flanc gauche avec envie d'aller à la selle. Soutenir la fosse iliaque de sa main gauche le soulage. Il peut encore marcher, mais, à mesure qu'il se rapproche du but de sa promenade, les coliques, le tenesme rectal s'exagèrent et il est obligé de se précipiter aux W.-C. Là, il expulse des matières glaireuses, abondantes. Il est soulagé mais le ventre reste douloureux, endolori, et une douleur pongitive dans les reins l'oblige à marcher légèrement courbé. La station debout est pénible.

Tout le reste de la journée, les fonctions digestives et intestinales restent normales.

Très préoccupé de ces malaises qui le gênent beaucoup, le

matin aux heures les plus actives de sa profession, M. X... consulta à plusieurs reprises des médecins très compétents. Tous les examens sont négatifs : aucune lésion organique. Les urines sont absolument normales, pas de sucre, pas d'albumine, aucun élément anormal.

On conseille de surveiller le régime. Des modifications variées et très importantes sont successivement apportées à l'alimentation. Il en résulte un amaigrissement notable, une perte des forces considérable, mais toujours persistent les troubles intestinaux matutinaux. Seul le repos absolu, le matin, les améliore.

Ainsi se passèrent 4 ans et demi environ, avec des périodes d'amélioration et d'aggravation que rien n'expliquait. Malgré ses 55 ans, M. X... n'avait aucun trouble de prostatisme, les mictions étaient normales, le toucher rectal décelait une prostate normale.

Brusquement en novembre 1920, apparaissent quelques signes de cystite, urines louches, mictions plus fréquentes. Très légères hématuries que l'examen microscopique des urines confirme.

C'est alors que M. Tixier est appelé à donner son avis. Naturellement l'attention est attirée du côté des reins. L'examen clinique en est rendu impossible par l'embonpoint du malade, qui est très gros et remarquablement musclé. Seule la radiographie pourra fournir quelques renseignements.

Celle-ci est exécutée, elle révèle l'existence d'un calcul dans le rein gauche, calcul du volume d'une grosse olive, et logé dans le bassin.

C'est ce calcul qui, depuis près de 5 ans, a déterminé ces troubles intestinaux rebelles à tout traitement. Jamais aucune colique néphrétique.

Le malade est mis au repos absolu et à un régime approprié. Très rapidement, disparition de tous les symptômes urinaires, et amélioration considérable des phénomènes intestinaux. Aucune infection rénale, pas de leucocytes dans les urines. L'intervention est différée.

Pendant quelques mois l'état reste parfait, malgré quelques crises matinales douloureuses, lorsque, brusquement, à l'occasion de fatigues professionnelles considérables et d'un refroidissement, la qualité des urines change complètement. Elles deviennent troubles, la cystite est manifeste avec nouvelles hématuries. La température, pendant quelques jours, oscille autour de 38°5.

Une intervention sera exécutée dès qu'une amélioration de ces symptômes sera obtenue. En effet, très rapidement tous les signes d'infection disparaissent, M. X... décide de se faire enlever son calcul à Paris.

Juin 1921. Le chirurgien exécute une pyélotomie élargie, qui donne lieu à une hémorragie considérable. L'opéré succombe le troisième jour.

OBSERVATION CX

(due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Calcul latent du rein droit à forme entéritique

Pyélotomie, et extraction du calcul

Guérison de tous les troubles digestifs

D..., homme de 27 ans, se plaint de troubles intestinaux rebelles, dont il souffre depuis plusieurs années. Ces troubles ont débuté il y a 3 ans. A cette époque, le malade éprouva, pendant une semaine, des coliques abdominales entraînant des évacuations intestinales répétées (6 à 8 selles par jour).

Depuis lors, le fonctionnement de l'intestin n'est jamais redevenu satisfaisant : langue saburrale, manque d'appétit, alternatives de diarrhée et de constipation.

Ces jours derniers le malade a repris une crise d'entérite analogue à celle dont il avait souffert il y a 3 ans, c'est pour cette raison qu'il entre à l'hôpital.

L'examen, entièrement négatif par ailleurs, ne montre qu'un

point douloureux siégeant dans la fosse iliaque droite. La coexistence d'un point douloureux lombaire fait penser à la possibilité d'une affection rénale, et le malade est interrogé dans ce sens. Il aurait eu autrefois de l'albumine, mais il n'a jamais eu de colique néphrétique nette, ni d'hématurie, et ses urines sont parfaitement claires.

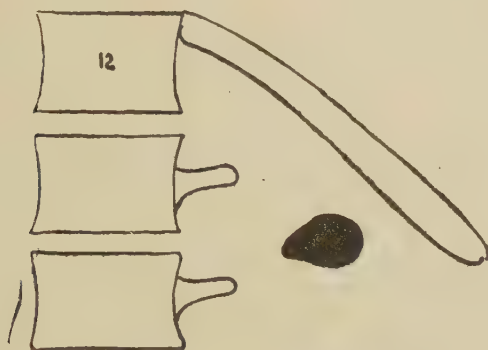


FIG. 1. — Schéma de la radiographie. Obs. CX.

Par acquis de conscience, on fait faire une radiographie qui décèle dans le rein droit un calcul gros comme un noyau de prune, à siège probablement pyélique.

Urée du sang 0, 43 %.

Le calcul fut extrait sans incident, par une pyélotomie dont les suites furent très simples.

Trois ans plus tard, nous avons eu des nouvelles de ce malade ; sa digestion est très bonne et, depuis qu'il a été opéré, il a vu disparaître les troubles intestinaux dont il avait tant souffert.

II. — FORMES SIMULANT L'APPENDICITE CHRONIQUE. —

Un grand nombre d'auteurs ont insisté sur la ressem-

blance de la lithiase rénale droite avec l'appendicite chronique, au point de vue de la symptomatologie (Stewart, Sternberg, Godlee).

Cette éventualité est très fréquente dans la lithiase urétérale (Le Fur, Buchanan, O' Neill, Gibbon).

OBSERVATION CXI. (Résumée)
(MASSENBURG)

*Symptomatologie d'appendicite à rechutes.
Pas de signes urinares, calcul urétéral droit*

Une malade est envoyée avec le diagnostic d'appendicite. Elle avait présenté des crises répétées de douleurs dans la région appendiculaire. Depuis 10 mois, ses douleurs, localisées au point de Mac-Burney se produisaient par crises, durant de quelques heures à quelques jours et s'accompagnaient de nausées.

A part un peu d'irritabilité vésicale aucun signe urinaire ne fût jamais constaté, on ne vit jamais de sang dans les urines.

La radiographie montra une ombre dans la portion terminale de l'uretère et le cathétérisme mit en évidence un rétrécissement au niveau de ce calcul.

III. — TYMPANITE. — Le retentissement de la lithiase rénale sur le gros intestin peut se traduire par des accidents de tympanite ou de pneumatose localisée du colon.

OBSERVATION CXII. (Résumée)

(STEWART)

Accidents de tympanite dus à une lithiase rénale

Un homme de 55 ans, souffre de crises à allure très particulière ; la douleur prédomine dans les parties basses de l'abdomen, du côté gauche. Elle s'accompagne de coliques et, pendant toute la durée de la crise, le malade est incapable de rendre des vents. En se levant de son lit, il se soulage en émettant des gaz, mais, s'il se recouche, la douleur reparaît. Dans l'intervalle des crises, il n'est pas constipé. Ces phénomènes ne s'accompagnent pas de nausées, ni de vomissements, ni de troubles gastriques. Il n'y a pas de troubles urinaires : tendance à la pollakiurie pendant les crises, mais ni hématurie, ni rejet de graviers. A l'examen, ventre distendu par des gaz ; hernie ombilicale ; estomac non dilaté. Point douloureux à deux doigts au-dessous et à gauche de l'ombilic. L'urine est claire, acide avec trace d'albumine, cristaux d'acide urique, leucocytes et quelques globules rouges.

Diagnostic provisoire : douleurs abdominales par artériosclérose ou troubles intestinaux.

Un traitement symptomatique n'amène pas d'amélioration. Les crises réapparaissent. Suspectant l'existence d'un calcul du rein, on fait faire un examen quotidien des urines centrifugées. Dans tous les examens on trouve des globules rouges, des cylindres hyalins, des cellules épithéliales du rein et des cristaux d'acide urique.

Le malade ne fut pas opéré, mais on eut plusieurs fois l'occasion de vérifier pendant une crise l'existence d'une hématurie microscopique.

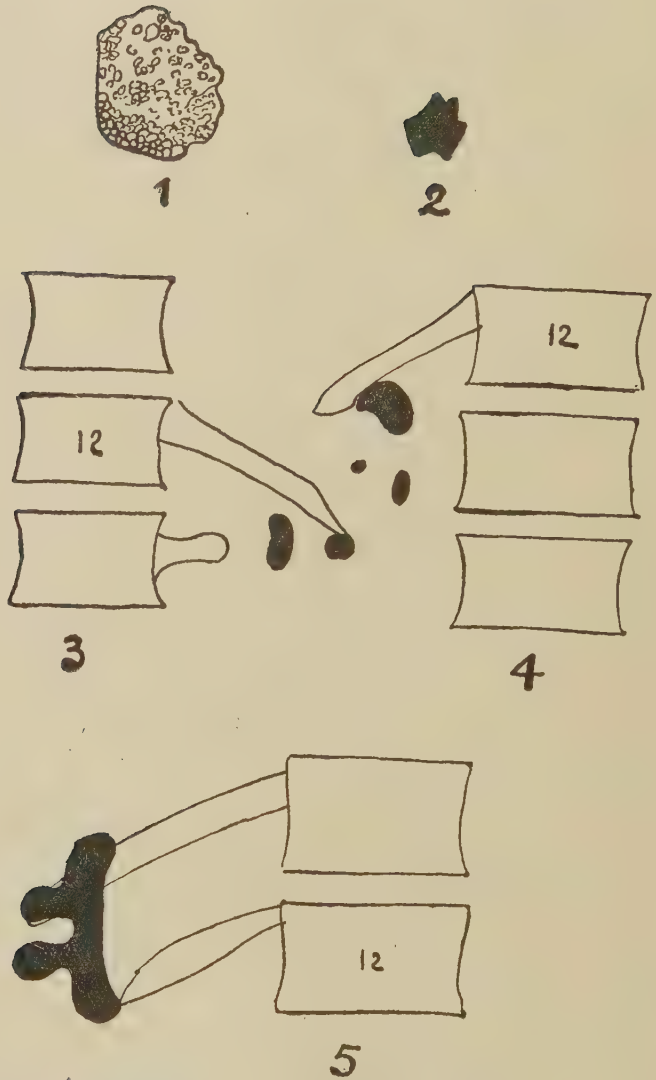


FIG. 2. — Quelques types de calculs ayant donné une symptomatologie gastro-intestinale.
1. Calcul mûriforme du pôle inférieur du rein (Obs. CXIV);
2. Petit calcul à arêtes vives éliminé spontanément (Obs. CII);
3. Obs. C.; 4. Obs. CVIII; 5. Obs. CI.

OBSERVATION CXIII. (Résumée)

(Lœper)

Syndrome de colite.

Pneumatose localisée du côlon vérifiée à la radioscopie.

Lithiase rénale.

Un malade avait des douleurs, coliques violentes suivies de besoins impérieux. La radioscopie montra une distension gazeuse limitée au gros intestin. On pensa à une affection intestinale et le malade fit inutilement trois saisons de suite à Marienbad. Une crise plus violente, terminée par une hématurie sableuse, permit de poser le diagnostic véritable.

IV. — FORMES SIMULANT LE NÉOPLASME DU GROS INTESTIN. — Les troubles du transit intestinal dus à la lithiase rénale latente peuvent aboutir à un syndrome recto-sigmoïdien qui, chez des sujets âgés, a été pris souvent pour un cancer du gros intestin au début. En voici une très belle observation.

OBSERVATION CXIV

(due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Troubles intestinaux graves chez un homme de 60 ans. Colite avec diarrhée et vomissements. Amaigrissement progressif ayant été rattaché à l'existence d'un cancer du côlon gauche. Radiographie du rein. Calcul du pôle inférieur. Néphrotomie. Guérison avec disparition de tous les symptômes digestifs.

Le Docteur G., est un superbe vieillard de 60 ans, Il mène

une vie très active et très fatigante pour faire face aux exigences d'une grosse clientèle. Il a une santé magnifiquement conservée, il déclare n'avoir jamais été malade.

Brusquement, en 1912, apparaissent des phénomènes gastro-intestinaux qui modifient profondément son état général. Il présente des débâcles diarrhéiques succédant à des phases de constipation. Il perd l'appétit, et des vomissements incessants viennent chaque matin troubler son alimentation.

Il raconte que, presque tous les matins, entre 8 et 9 heures, il est brusquement pris de nausées et de vomissements très pénibles. Lorsqu'il va faire ses premières visites, après son déjeuner du matin, il est souvent obligé de s'arrêter pour vomir. Chez ses clients, il a peine à résister à ces vomissements qui s'accompagnent d'envies impérieuses d'aller à la selle.

Des coliques abdominales violentes sont soulagées par l'expulsion de matières glaireuses, mais le ventre reste presque constamment douloureux, spécialement dans la fosse iliaque gauche.

La langue est saburrale : les différents régimes alimentaires essayés ne donnent pas de résultats satisfaisants. Progressivement, il diminue son activité, mais sans résultat heureux.

Très préoccupé de ces accidents, il vient à Lyon consulter un Maître des maladies du tube digestif. Celui-ci l'examine avec sa minutie ordinaire et conclut à l'existence d'un rétrécissement du côlon descendant. Le docteur, très averti, juge qu'il s'agit d'un cancer, et qu'à la première alerte il faudra en arriver à une intervention chirurgicale. Il rentre chez lui, décidé à ne plus exercer la médecine, et enlève sa plaque.

Sous l'influence du repos, l'état du malade s'améliore sensiblement, mais toujours il souffre du côté gauche : fosse iliaque et flanc gauches. Il vient consulter le Professeur Tixier. Celui-ci procède à un examen d'autant plus attentif qu'il s'agit d'un confrère. Les différents diagnostics de cancer de l'estomac ou de cancer du gros intestin sont successivement éliminés. Une analyse complète des urines ne révèle aucune

lésion rénale. Une radiographie de tous les organes viscéraux : estomac intestin et rein est exécutée.

Dans le rein gauche, on découvre un calcul gros comme une volumineuse noisette. Il est en plein parenchyme rénal, au niveau du pôle inférieur.

M. Tixier n'hésite pas à rattacher tous les phénomènes observés à la présence de ce calcul, qui a été cependant toujours toléré par le rein, car il n'y a jamais eu aucun symptôme urinaire.

Une néphrotomie, par la voie lombaire et grâce à une longue incision sur le bord convexe du rein, est pratiquée avec l'assistance du Docteur Charles Gauthier. L'ablation du calcul solidement enclavé dans une zone de tissu rénal très sclérosé, est difficile, et les tissus voisins sont dilacérés. Aussi, après avoir fermé la plus grande partie de l'incision rénale par des points hémostatiques, on laisse un gros drain dans la logette où était niché le calcul. Suites simples et guérison rapide (voir p. 192, fig. 1, le dessin du calcul).

Dans les semaines qui suivirent l'ablation du calcul rénal, tous les troubles gastro-intestinaux disparurent. Très rapidement le Docteur G..., reprit de l'appétit et de l'embonpoint.

Moins de trois mois après son opération, il put lui-même revisser sa plaque de docteur et reprendre sa vie professionnelle. Jamais il n'a plus présenté aucun trouble d'ordre digestif.

En 1928, à 76 ans, il est encore très actif, va visiter quelques-uns de ses fidèles clients, et réunit pour les publier quelques-unes de ses plus intéressantes observations.

CHAPITRE II

L'hydronéphrose latente à forme gastro-intestinale

Parmi toutes les maladies rénales, l'hydronéphrose est certainement celle qui remplit le mieux les conditions nécessaires pour être latente au point de vue urinaire et ne se manifester que par des troubles gastro-intestinaux.

Au point de vue urinaire, on connaît l'extrême latence des hydronéphroses : les troubles de la miction, les modifications qualitatives et quantitatives des urines font souvent complètement défaut dans la symptomatologie.

Au point de vue du retentissement sur les organes digestifs, l'hydronéphrose, par des phases de distension brutale, possède une grande aptitude à créer des réflexes modificateurs de la sécrétion et de la motricité gastro-intestinales. Ses brusques variations de volume peuvent comprimer ou couder l'intestin voisin. La lente disparition du parenchyme rénal crée parfois une insuffisance

urinaire latente, dont on connaît les manifestations digestives.

Il n'est donc pas étonnant que les troubles gastro-intestinaux soient d'une extrême fréquence dans l'hydronéphrose ; pendant une longue période de son évolution cette maladie peut n'avoir pas d'autre symptôme.

HISTORIQUE. — C'est dans les publications déjà citées de Sternberg et de Stewart qu'on trouve les premières allusions à ces faits. Terrier et Baudoin écrivent un chapitre sur les troubles digestifs provoqués par l'hydronéphrose, mais ils n'individualisent pas une « forme gastro-intestinale » de cette maladie. La thèse de Maire, en 1909, inspirée par M. le Professeur Tixier, est le premier travail important qui ait été publié sur cette question. On compte les articles parus sur ce sujet : citons ceux de Loeper, en France, et à l'étranger, ceux de Goyéna, Samuels et Kern, Mc Glannan. Il est même curieux que les manifestations gastro-intestinales de l'hydronéphrose aient été à ce point laissées dans l'ombre, alors que d'innombrables publications traitent des troubles digestifs du rein mobile.

Nous croyons pouvoir classer de la manière suivante les formes gastro-intestinales de l'hydronéphrose :

- A. Hydronéphroses latentes à forme dyspeptique ;
- B. Hydronéphroses latentes à forme entéritique ;
- C. Hydronéphroses latentes simulant l'appendicite chronique ;
- D. Hydronéphroses latentes révélées par des troubles hépatobiliaires.

A. HYDRONÉPHROSES LATENTES A FORME DYSPEPTIQUE

1. Il faut mettre à part les grosses hydronéphroses qui forment des tumeurs perceptibles au palper. En l'absence de troubles urinaires, ces hydronéphroses peuvent, par leur symptomatologie digestive, simuler une tumeur gastrique, pylorique en particulier. On en trouvera plusieurs exemples dans la thèse de Maire (voir obs. XXIII, Leriche et Arnaud).

2. Nous voulons surtout insister sur l'hydronéphrose peu volumineuse, ou intermittente, susceptible d'échapper facilement à une exploration même attentive. La symptomatologie peut demeurer uniquement gastrique pendant de très longues années.

OBSERVATION CXV

(due à l'obligeance de M. le Professeur VILLARD
et de M. le Professeur Agrégé SANTY)

Hydronéphrose à forme pseudo-dyspeptique. Bride péritonéale comprimant la première portion du duodénum.

Mme Vve L... fit, au mois de novembre 1910, un premier séjour dans le service du Professeur Villard ; elle avait alors 36 ans. Elle souffrait déjà depuis longtemps de troubles digestifs, et on l'avait soignée à l'hôpital de Tournus pour des phénomènes de dyspepsie et d'entérite. A part ces troubles gastro-intestinaux, elle n'avait pas de passé pathologique ; à noter seulement une fausse couche sans incident et trois grossesses menées à terme, avec accouchements d'enfants bien portants. Son mari était mort, en 1909, d'une méningite probablement tuberculeuse.

La malade se plaignait de douleurs épigastriques post-prandiales, avec sensation de pesanteur : la constipation était marquée. L'examen objectif décelait un très grand estomac avec clapotage très net, sans ondes péristaltiques cependant. Par ailleurs, on ne constatait rien d'anormal ; aucun trouble fonctionnel n'existait du côté de l'appareil urinaire, et l'examen des urines était négatif. La malade insistant beaucoup sur ses troubles gastriques, et sollicitant elle-même une intervention, on se décide à pratiquer une laparotomie exploratrice.

Intervention : 8 novembre 1910. Professeur Villard. Lapar. sus-ombilicale. On trouve un estomac énorme, un pylore dilaté, avec une veine pylorique très nette. La première portion duodénale très dilatée semble continuer directement l'estomac. On note un plissement très net au niveau de la portion sus-vatérienne du duodénum. Ce plissement correspond à une bride qui produit un rétrécissement très marqué de l'intestin. Le reste du grêle est aplati, on ne note pas trace d'ulcère, mais plissement et bride font penser à un ancien ulcère du duodénum. Gastro-entéro-anastomose postérieure à la suture. Suites simples, la malade quitte le service le 23 janvier 1911.

Quatorze ans plus tard, le 22 janvier 1925, la malade revient demander une intervention. Le fonctionnement de son estomac a été bien amélioré mais, pendant ces dernières années, elle a présenté trois grandes crises douloureuses qui ont été qualifiées de coliques hépatiques. Une douleur violente survenait brusquement soit tout de suite après le déjeuner du matin, soit vers 11 heures du matin, siégeant à l'épigastre et sous les fausses côtes, irradiant vers l'ombilic la forçant à s'aliter pendant deux jours. Les crises s'accompagnaient de frissons violents, mais pas d'ictère ; il n'y a jamais eu d'irradiations douloureuses vers la région scapulaire ni interscapulaire, ni vers la vessie ni vers la fosse lombaire.

Examen : malade au teint coloré, sans subictère ; pas d'amaigrissement ; foie non douloureux, de volume normal, vésicule non perçue ; à la palpation, deux points douloureux : le premier au creux épigastrique sur la ligne médiane, le second à deux doigts à droite et au-dessous de l'ombilic. A ce niveau, on croit sentir un empâtement douloureux profond. La malade signale que les douleurs irradient dans la cuisse. Le toucher vaginal décèle un point douloureux urétéral droit.

Les urines de quantité normale 1.100 grammes en 24 heures ne contiennent pas d'albumine.

Songeant à la possibilité d'une affection rénale on fait faire une cystoscopie avec cathétérisme des uretères (Docteur Richer). La vessie ne présente pas de lésion ; les orifices urétraux, petits, difficiles à découvrir sont néanmoins cathétérisés facilement de chaque côté jusqu'au bassin. Pas de rétention pyélique d'aucun côté ; l'urine est claire à droite très peu abondante et pourtant pâle ; à gauche, l'urine plus abondante contient un peu de sang, dû nettement au cathétérisme.

L'absence de rétention pyélique et l'examen négatif des urines paraissent écarter toute hypothèse d'affection rénale.

Intervention, le 5 février 1925, Professeur Villard. Incision de Mayo. Vésicule saine sans calcul ; appendice sain ; ainsi que le rein droit que l'on peut facilement palper et saisir à pleine main ; rien à signaler au niveau de l'uretère. Par contre il existe une symphyse étendue de la face antérieure de l'estomac à la paroi, il paraît certain que la douleur était due à cette adhérence.

La malade, guérie opératoirement, quitte le service le 7 mars.

Trois ans et demi plus tard, en juillet 1928, la malade entre dans le service du Docteur Santy à l'hôpital de la Croix-Rouge. Depuis la deuxième opération qu'elle a subie, les troubles digestifs ne se sont pas amendés ; elle a continué à prendre de temps en temps des crises abdominales, dans l'intervalle desquelles elle accusait surtout des désordres in-

testinaux. Pas de troubles gastriques, pas de vomissements, mais troubles marqués du transit intestinal : des débâcles diarrhéiques alternant avec des périodes de constipation opiniâtre. La malade décrit des matières déformées, recouvertes de peaux sanguinolentes comme si, dit-elle, il y avait un rétrécissement de l'intestin. Ces désordres digestifs sont assez marqués pour avoir entraîné un amaigrissement que la malade évalue à 8 kilogs.

Depuis le mois de mai dernier, les douleurs ne sont précisées : dans l'espace de 4 ou 5 semaines se sont produites quatre crises caractérisées par des coliques atroces étendues à tout l'abdomen ; en même temps, dit la malade, son ventre augmentait de volume, se tendait, et elle voyait une masse arrondie de la grosseur d'un œuf se déplaçant en sens variables dans l'abdomen ; ces crises, accompagnées de nausées, sans vomissement, nécessitaient chaque fois une piqûre de morphine.

L'examen permet de sentir, dans un abdomen très souple, au niveau de l'épigastre, un peu à droite de l'ombilic, une masse arrondie, douloureuse à la pression, mobile, se perdant en haut dans les fausses-côtes. Toucher vaginal négatif.

L'examen des urines est absolument négatif.

L'examen radioscopique montre un estomac ptosique, en sablier, se remplissant par le fond et s'évacuant rapidement par des contractions énergiques, par une bouche de gastro, qui semble bien perméable. La région médiogastrique présente un état de contracture permanent, une ébauche de biloculation ne cédant qu'incomplètement à l'expression de l'antrum pylorique.

En somme, il s'agit de troubles digestifs, dont le point de départ est une affection de l'hypochondre droit qu'on présume être une affection biliaire.

Intervention le 17 août 1928. Docteur Santy. Incision sous-costale droite. La tuméfaction, qui était nettement perceptible sous anesthésie, est constituée par un énorme bassinet,

du volume d'une grosse mandarine, qui soulève le péritoine postérieur au sein de vieilles adhérences très serrées. L'uretère se détache du bassinet à la partie moyenne de la face antérieure. Le parenchyme rénal est volumineux, d'aspect normal avec cependant un kyste gros comme une noisette au niveau du pôle inférieur.

Néphrectomie très facile. A noter que la vésicule biliaire a été vérifiée : elle est saine.

Cette symptomatologie se prolonge souvent jusqu'au jour où la perception d'une tumeur, pendant une phase de distension, met sur la voie du diagnostic.

OBSERVATION CXVI. (Résumée)

(Mc GLANNAN)

Hydronéphrose intermittente avec symptômes gastroentérologiques

Une jeune fille de 17 ans, est admise au Mary-Hospital, pour des douleurs gastriques accompagnées de nausées et de vomissements avec exacerbations par crises. Elle est déjà venue, l'année précédente, pour des raisons analogues, et a été considérée comme atteinte d'une indigestion aiguë.

L'attaque actuelle a commencé, avant l'admission, comme une indigestion, suivie de diarrhée avec douleurs dans le quadrant supérieur gauche de l'abdomen. A l'examen, on perçoit, à deux pouces de l'ombilic, sous le bord externe du grand droit gauche, une masse paraissant en connexion avec l'estomac. La radioscopie gastrique montra une image lacunaire au niveau de l'estomac. Malgré l'absence de signes urinaires, un examen complet systématique fit découvrir par la pyélographie une hydronéphrose gauche, qui fut enlevée par néphrectomie lombaire.

OBSERVATION CXVII
(GAUTHIER et AMOUROUX)

*Hydronéphrose à type pseudo-dyspeptique
diagnostiquée avec l'aide de la pyélographie*

Une femme de 36 ans entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Docteur Delore, éprouvant depuis une dizaine d'années des douleurs lombo-abdominales gauches. Ces douleurs procèdent par crises, sans les caractères d'une colique néphrétique, et sans fièvre. Pas d'hématurie. A ces crises se joint, occupant actuellement le premier plan, un état dyspeptique permanent et assez sérieux pour réduire beaucoup l'activité de la malade.

A l'examen, celle-ci est pâle, amaigrie.



FIG. 3. — Obs. CXVII. Calque de la pyélographie.

Bien que deux radiographies aient été pratiquées précédemment, sans montrer de calcul, l'attention est attirée du côté des reins. Ils sont palpés, mais aucun d'eux n'est gros, ni douloureux.

28 octobre. Le Docteur Gauthier procède à un examen endoscopique de l'appareil urinaire. La muqueuse vésicale est

normale. L'urine, prélevée avant séparation, est claire, sans albumine. L'orifice urétéral droit admet une sonde N° 13 par laquelle s'écoule en 30 minutes, 60 cc. d'urine contenant une quantité totale d'urée de 0 gr. 43. soit une concentration de 7 gr. 25 0/000. A gauche, l'uretère n'admet qu'une sonde N° 10, par laquelle il ne s'écoule pas d'urine. Frappé par cette absence d'écoulement du côté gauche, le Docteur Gauthier pense à la possibilité d'une petite hydropéphrose, et parle de l'opportunité d'une pyélographie.

Toutefois, les symptômes gastriques présentés par la malade ont une telle importance que le Docteur Delore juge opportun de vérifier opératoirement l'état de l'estomac. Une incision latérale gauche est choisie parce que permettant à la fois l'examen direct de l'estomac et la palpation du rein gauche ; elle est pratiquée le 31 octobre 1927. Cette intervention ne montre rien de particulier du côté des viscères abdominaux. L'estomac, la rate, l'angle gauche du côlon sont normaux. *Le rein lui-même paraît normal.* Suites opératoires simples.

19 novembre. Une pyélographie démontre l'existence d'une hydronéphrose.

22 novembre. Néphrectomie gauche par voie lombaire (Docteur Delore). L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'une petite hydronéphrose infectée. Le rein, dans son ensemble, est réduit d'un tiers. La substance sécrétante consiste en une coque sans grande valeur. La dilatation des voies d'excrétion porte davantage sur le bassinet que sur les calices. L'uretère est un peu dilaté.

Un mois après la néphrectomie, la malade sort de l'Hôtel-Dieu débarrassée non seulement de sa tumeur, mais aussi de sa dyspepsie. Elle digère à merveille et a déjà engraisié.

3. Enfin, il arrive assez fréquemment qu'après s'être manifestée pendant des années par une dyspepsie, une

hydronéphrose finisse par se démasquer par l'apparition de troubles urinaires. Voici un cas de ces *hydronéphroses à forme dyspeptique de début* :

OBSERVATION CXVIII

(due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Hydronéphrose s'étant manifestée pendant 8 ans uniquement par des troubles dyspeptiques. Dans une deuxième phase apparition d'une tumeur et de troubles urinaires.

Mme F..., 35 ans, n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 27 ans. Depuis lors, elle a souffert de crises douloureuses dans l'hypochondre droit, accompagnées d'intolérance gastrique. Ces crises duraient 15 jours à 3 semaines, puis cessaient subitement. Soigneusement interrogée à ce sujet, la malade ne se rappelle pas avoir constaté, pendant ses crises une diminution de la quantité de ses urines. Aucune débâcle urinaire ne marquait non plus la fin des périodes douloureuses. Cette malade avait consulté divers médecins, et les ordonnances qu'elle présente épuisent toute la thérapeutique des affections gastriques.

Depuis quelques mois des troubles nouveaux ont apparu : il y a, en particulier, de la polyurie avec pollakiurie nocturne, de plus, il existe une grosseur au niveau du flanc droit.

L'examen perçoit nettement une tumeur ayant les caractères d'une tumeur rénale ; les urines ne contiennent ni pus, ni sang mais des traces faibles d'albumine.

A la cystoscopie l'orifice urétéral droit est allongé verticalement, rouge et augmenté de volume, entouré d'une zone œdématisée ; la sonde qu'on y introduit bute à la hauteur du collet urétéral, et ne donne pas d'urine.

Le rein gauche est sain et se révèle suffisant à l'examen chimique.

Néphrectomie droite sans incident ; suites simples.

Sur la pièce, coudure en éperon de l'uretère accolé par des adhérences à la face externe du bassin dilaté.

B. HYDRONÉPHROSE LATENTE A FORME ENTÉRITIQUE

L'entérite, particulièrement l'entérite muco-membraneuse, peut être symptomatique d'une hydronéphrose latente comme elle l'est souvent d'un calcul rénal ignoré.

OBSERVATION CXIX

(due à l'obligeance de M. le Docteur ALARMATINE
et de M. le Docteur GAUTHIER)

Hydronéphrose droite à forme entéritique.

Apparition tardive des troubles urinaires

R... Lucien, 31 ans, entre dans le service du Docteur Alarmatine parce que, depuis 10 ans, il souffre de douleurs abdominales soignées en vain successivement sous l'étiquette de gastrite, d'aérophagie, d'entérite, d'appendicite, etc...

Ces crises douloureuses, d'abord espacées, il y a 7 ou 8 ans, se sont rapprochées progressivement jusqu'à se produire actuellement environ tous les 15 jours.

Les crises commencent, à n'importe quelle heure de la journée, sans cause occasionnelle apparente, au niveau du flanc droit. Elles durent près de 48 heures; le malade déclare pouvoir les soulager et même en diminuer la durée au moyen de grands lavements tièdes. Leur terminaison est marquée par une émission abondante des gaz intestinaux.

Tous les régimes et tous les traitements dirigés contre les

troubles entéritiques ont échoué. Mais, ces jours-ci, un symptôme nouveau est survenu, marquant l'entrée de la maladie dans une phase nouvelle : il se produit une hématurie constatée par le Docteur Alamartine. Sans la notion de cette hématurie, on n'oserait incriminer l'appareil urinaire : à l'entrée à l'hôpital, l'urine est en effet claire, sans dépôt, sans albumine. Les reins ne sont pas perçus, même en périodes de crises.

Cystoscopie (Docteur Gauthier) : muqueuse vésicale saine. Orifices urétéraux placés normalement, mais punctiformes. On est obligé, pour cathétériser l'uretère droit, d'employer une sonde N° 10 Pasteau. Cette sonde entre à frottement : une sonde vésicale est introduite pour faire la division des urines. Pendant trois quarts d'heure, on ne recueille pas d'urine par la sonde urétérale, et, par la sonde vésicale, on retire 30 cc. contenant 15 grammes d'urée pour mille. La sonde urétérale a été arrêtée à 23 centimètres de la vessie ; elle n'a pas dû pénétrer dans le bassin.

Radiographie : On prend deux épreuves du rein droit, l'une sans injection de liquide opaque ne montre qu'un pôle inférieur un peu abaissé ; l'autre, après injection de 8 cc. d'iodure de potassium à 15 % montre, un gros rein kystique des dimensions d'un gros poing d'adulte (planche VIII hors texte).

Intervention. Incision lombaire droite et résection de la douzième côte. Il s'agit effectivement d'un gros rein hydro-néphrotique. Néphrectomie avec ligature du pédicule.

Suites opératoires bonnes.

Un mois après le malade est revu en bonne santé quoique sa plaie lombaire soit incomplètement cicatrisée. Les troubles digestifs ont disparu.

Nous avons eu des nouvelles du malade un an après son opération ; ses digestions sont rapides et indolores, il va à la selle deux fois par jour sans nul besoin de laxatif ; ses matières sont moulées et molles. Les crises douloureuses abdominales n'ont jamais récidivé, pas plus que la flatulence intestinale.

OBSERVATION CXX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Hydronéphrose congénitale gauche par malformation.

Troubles digestifs d'origine rénale.

F... Marg., 17 ans, souffre depuis six ans environ, de crises douloureuses abdominales attribuées, par plusieurs médecins antérieurement consultés, à des troubles intestinaux. Ces crises, survenant tous les deux mois environ, débutent par un point douloureux violent dans la région lombo-iliaque gauche. La malade est contrainte de s'aliter, l'anorexie est absolue, elle vomit tous les aliments, même liquides, qu'elle absorbe; de plus, pendant les deux ou trois jours que dure la crise, il existe une constipation opiniâtre, qui se résoud finalement en émissions gazeuses abondantes. Les urines n'ont jamais été ni hématuriques, ni sablonneuses, mais des mictions fréquentes marquent souvent la fin des crises.

A l'examen : malade chétive, au teint cependant bien coloré. Le ventre est souple et non douloureux, les reins ne sont pas perçus, dans les urines très léger disque d'albumine. Examen négatif par ailleurs.

Analyse des urines totales :

Volume : 1.400 cc. en 24 heures.

Urée 0/00 : 10 gr. 20.

Albumine : traces.

Cytologie : Pas de leucocytes ni de globules rouges.

Le cathétérisme des uretères décèle, du côté gauche, une rétention pyélique de 30 cc. d'urine claire. L'analyse séparée des urines révèle que la valeur du rein gauche est presque nulle, celle du rein droit excellente.

	rein droit	rein gauche
Volume	14 cc. 7	5 cc.
Urée 0/00	4 gr. 76	2 gr. 50
Urée totale	0 gr. 69	0 gr. 01

La pyélographie montre l'existence d'une hydronéphrose gauche. (voir planche V hors texte.)

Constante d'Ambard : 0,09.

Intervention : Nephrectomie lombaire gauche, petit rein hydronephrotique. La malade succomba aux suites de l'intervention.

Voici encore un cas où l'hydronéphrose, latente pendant de longues années où existèrent seuls des troubles intestinaux, n'ait par être reconnue à l'occasion d'un accès de pyélite :

OBSERVATION CXXI (Résumée)

(LEGUEU, in thèse JIVANOVITCH)

Troubles gastro-intestinaux ayant duré plusieurs années sans signes urinaires. Découverte tardive d'une hydronéphrose à l'occasion d'une pyélite gravidique.

Mme J..., âgée de 20 ans, souffrait d'entérite depuis l'âge de 9 ans. A 14 ans, crise douloureuse dans le côté droit du ventre, avec irradiation à la cuisse. Plusieurs vomissements; en même temps, diarrhée et selles glaireuses, sanguinolentes. La partie droite de l'abdomen avait augmenté de volume. A la suite de plusieurs autres crises analogues, Broca opéra la malade ayant alors 15 ans, et pratiqua l'appendicectomie.

Six mois après, réapparition des crises, qui persistèrent jusqu'à l'époque actuelle.

A l'âge de 20 ans, la malade, étant enceinte, fit un accès de pyélite droite, à la suite de laquelle un examen pyélographique décela une hydronéphrose. Le Professeur Legueu pratiqua une néphrectomie sur la constante.

Chez l'enfant, on voit de même des hydronéphroses se traduire uniquement par des troubles digestifs ; Chevrrier en cite un cas (obs. 1) dans sa thèse sur l'hydronéphrose congénitale du jeune enfant. Maresch a trouvé une hydronéphrose gauche à l'autopsie d'un nourrisson de 5 mois, mort de gastro-entérite (voir thèse de Baron).

C . HYDRONÉPHROSE LATENTE SIMULANT L'APPENDICITE CHRONIQUE

Lorsque ces troubles gastro-intestinaux s'accompagnent de douleurs prédominant dans la fosse iliaque droite, l'appendice est fatalement incriminé. Cette éventualité est fréquente, notamment dans les petites uro-néphroses en ectopie iliaque (Tixier), car, encore une fois, les troubles urinaires font facilement défaut dans l'hydronéphrose, et la palpation est rarement pratiquée pendant une phase de distension de la tumeur. Aussi, est-ce fréquemment avec une cicatrice d'appendicectomie que se présentent à l'examen, les malades qu'on va découvrir porteurs d'une hydronéphrose (Maisonnet, Samuels, Rochet et Thévenot).

La thèse de Jeliu renferme de nombreux cas analogues, et nous ne croyons pas utile d'apporter des observations nouvelles sur un point où les documents sont déjà fort nombreux.

D. HYDRONÉPHROSE LATENTE RÉVÉLÉE PAR DES TROUBLES
HÉPATO-BILIAIRES

Il faut signaler enfin la possibilité, pour une hydronéphrose de se révéler par des troubles hépato-biliaires, tels qu'un ictère par rétention, sans qu'aucun trouble fonctionnel se soit manifesté du côté de l'appareil urinaire. Dans un cas de Durand, cité dans la thèse de Puccinelli, on crut à une tumeur du pancréas, et l'erreur ne put être rectifiée qu'au cours d'une seconde intervention. Nous citerons encore le cas de Villard et Thévenet, dont voici le bref résumé :

OBSERVATION CXXII (résumée)

(VILLARD et THÉVENET).

*Hydronéphrose calculeuse s'accompagnant d'ictère
par compression et simulant une tumeur du pancréas.*

Une femme de 50 ans consulte pour un ictère datant de trois semaines. Depuis trois mois, elle a des douleurs sourdes, irradiées à l'épaule droite. Pas de douleurs à la miction ni d'urines troubles. Pas d'antécédents lithisiaques ni de troubles digestifs. Le diagnostic hésite entre une tumeur du rein et une tumeur du pancréas.

Une laparotomie montre une hydronéphrose qui se développait vers la ligne médiane et débordait même un peu à gauche. Néphrectomie transpéritonéale.

Plusieurs cas de ce genre sont encore notés dans la thèse de Deguillaume. Mais ce sont là des raretés sur lesquelles il ne faut pas insister.

Au contraire, la symptomatologie gastro-intestinale des hydronéphroses est très fréquente, et nous n'hésitons pas à dire que chez tout malade atteint d'une dyspepsie ou d'une entérite rebelles à un régime et à un traitement sérieusement conduits, on doit soupçonner une hydronéphrose et faire exécuter un cathétérisme des uretères pour la diagnostiquer ; il faut le faire même si les urines paraissent normales et si le malade n'accuse aucun trouble de la miction.

CHAPITRE III

Malformations congénitales réno-urétérales révélées par des troubles gastro-intestinaux

A côté de l'hydronéphrose, qui est souvent d'origine congénitale, il faut placer les malformations des voies urinaires supérieures: ces malformations déterminent des troubles gastro-intestinaux probablement par le même mécanisme que les hydronéphroses, et ce sont les mêmes moyens d'exploration qui permettent de les diagnostiquer.

A. L'URETÈRE DOUBLE ou uretère bifide, sans doute par l'intermédiaire des à-coups de pression qu'il détermine dans le bassin, paraît capable de causer des troubles digestifs chroniques bien difficiles à rapporter à leur véritable cause.

OBSERVATION CXXIII

(TAVERNIER et CIBERT)

Crises douloureuses abdominales accompagnées de troubles digestifs. Appendicectomie. Uretère bifide révélé par la pyélographie.

Femme de 38 ans, a ressenti, il y a 6 ans, une crise abdo-

minale très douloureuse, brusque, avec vomissements et présence d'un peu de sang dans les urines. Elle subit, à peu de temps de là, une hystérectomie, en ville.

En 1925-26, deuxième crise. Douleur dans la fosse iliaque droite, avec localisation nette au point de Mac-Burney. Le Docteur Tavernier pratique une appendicectomie.

Le 5 juillet 1927, la malade revient pour une troisième crise. Cette fois il y a, outre les douleurs abdominales, des mictions fréquentes avec ténesme vésical, et une hématurie est constatée. Une radiographie de l'appareil urinaire et l'inoculation au cobaye demeurent négatives.

La malade quitte le service le 22 juillet, mais, dans l'auto qui l'emmène elle prend une colique très violente. Température 39°. Urines sanglantes. Une pyélographie (Docteur Cibert) permet de constater, du côté droit, une bifidité de l'uretère commençant à la portion lombaire avec dilatation et flexuosité aboutissant à deux bassinets séparés.

Une intervention ne paraît pas indiquée et l'on se contente de surveiller la malade.

Beaucoup de ces malades, avant d'arriver au stade des urines troubles, ont souffert pendant des années et beaucoup avaient déjà subi, selon la remarque de Tavernier et Cibert, des interventions abdominales diverses (appendicectomie, cholécystectomie, etc.). Or, pareille malformation n'est pas exceptionnelle: depuis que l'attention est attirée sur sa possibilité, les observations publiées se multiplient. Il faut donc savoir chercher, par la pyélographie, une malformation de ce genre derrière des syndromes abdominaux douloureux et des troubles digestifs imprécis.

OBSERVATION CXXIV (résumée)
(ODY)

*Un cas d'uretère double ayant simulé une affection
hépatique.*

Un homme de 39 ans se plaint, depuis un an, de douleurs survenant par crises, localisées dans le haut-hypochondre droit. Il y a deux ans, il eut un ictère qui dura huit jours. Ces crises, qui sont actuellement très douloureuses et l'obligent à garder le lit, se répètent à intervalles de plus en plus courts, et s'accompagnent de vomissements et de troubles intestinaux (diarrhée), parfois d'une légère poussée thermique. Dégoût pour les graisses; selles décolorées; pas de mœlena. Les urines sont normales et il n'y a aucun trouble de la miction.

Deux médecins ont déjà posé le diagnostic de coliques hépatiques, et cet homme demande à être opéré. A l'examen, homme de forte constitution, mais amaigri. Il est en crise depuis 36 heures. L'abdomen est douloureux à droite, dans la région sous-hépatique, légèrement tendu, sans tumeur perceptible. Léger ballonnement avec tympanisme, pas d'ascite, pas de point douloureux costo-lombaire, température 37°8.

Examen radioscopique : retard d'évacuation gastrique, grêle hypertonique; en somme, trouble pyloro-duodéal.

Pour obéir à une règle que nous avons adoptée pour tous les malades suspects de lithiasc biliaire, on fait une cystoscopie : on constate avec surprise deux orifices urétéraux à droite, un seul à gauche.

Pyélographie. L'injection de NaBr dans les orifices urétéraux droit réveille des douleurs que le malade déclare analogues à celles de ses crises.

Intervention par voie lombaire. Le rein paraît sain. On ouvre le péritoine : la vésicule et le cholédoque sont sains.

Néphrectomie droite. La pièce montre un rein pourvu de deux uretères, et dont la surface est rodée par de nombreuses cicatrices, lui donnant une ressemblance avec les circonvolutions cérébrales. Il s'agit en somme d'une néphrite douloureuse.

B. LA DILATATION CONGÉNITALE des voies urinaires supérieures est une malformation particulièrement latente au point de vue urinaire, et très riche au contraire en troubles gastro-intestinaux réflexes. Nous citerons plus tard une observation où l'on peut saisir sur le vif le mécanisme d'apparition de ces troubles digestifs (obs. J. Cibert, p. 284).

René Bouchard, dans un article du *Journal d'Urologie*, de 1926, prononce, à propos de cette affection, le mot de formes digestives. La thèse de Baron signale des cas de ce genre chez le nourrisson et chez l'enfant. Voici à titre d'exemple une observation caractéristique:

OBSERVATION CXXV (résumée)
(LEPOUTRE)

*Troubles digestifs symptomatiques d'une dilatation
congénitale des voies urinaires supérieures.*

Femme de 44 ans, souffrant de crises douloureuses abdominales du côté droit. Elle a été vue par de nombreux médecins; elle a subi une hystérectomie totale; elle a été menacée d'appendicectomie; elle a subi une exploration complète du tube digestif, et a été finalement considérée comme une névropathe pendant plusieurs années.

Une pyélographie a montré une dilatation considérable de

l'uretère et du bassin droit et la néphro-urétérectomie a guéri complètement la malade.

C. LE REIN EN ECTOPIE congénitale, surtout iliaque droite, détermine des accidents abdominaux qui donnent souvent le change sur leur véritable origine. Dans le livre jubilaire de Forgue, M. le Professeur Tixier en a cité des exemples: la forme simulant l'appendicite est de beaucoup la plus fréquente.

D. Enfin, LE REIN EN FER A CHEVAL, sans doute à cause de ses rapports plus étroits avec le duodénum et avec les pédicules nerveux de l'intestin, entraîne des troubles digestifs sur lesquels on a insisté depuis longtemps. En voici une nouvelle observation, faisant suite au cas bien classique d'Oliver (cf. aussi Obs. XXXVII).

OBSERVATION CXXXVI (résumée)

(OLIVER)

Troubles digestifs avec intolérance gastrique presque complète, symptomatiques d'un rein en fer à cheval.

Un homme de 51 ans souffre, depuis sept ans, de maux de tête violents avec perte complète de l'appétit. Il a aussi des vomissements, si fréquents et si pénibles qu'il s'est mis automatiquement à la diète, ne pouvant consommer, pendant les rares instants où il ne souffre pas, que du lait et des œufs.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, il ressentit une douleur subite dans la région ombilicale. Au début, cette douleur fut si violente qu'il perdit connaissance, puis elle diminua progressivement les jours suivants.

Pendant un mois, les douleurs ne se manifestèrent plus qu'après les repas; inquiet, le malade se fit examiner, et l'on porta le diagnostic de tumeur maligne de l'estomac en raison d'une tumeur mobile située un peu à droite de la ligne médiane, et aussi à cause du long passé dyspeptique et de l'amaigrissement considérable.

Laparotomie exploratrice. — Estomac sain, mais rein en fer à cheval. On se contente des manœuvres d'exploration et on referme. Cette intervention suffit d'ailleurs à guérir complètement le malade de ses douleurs et de ses troubles digestifs.

OBSERVATION CXXVII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL)

Troubles intestinaux symptomatiques d'un rein en fer à cheval.

M. D..., âgé de 27 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 août 1925, pour une crise douloureuse datant du mois de juin et dont il ne s'est jamais pleinement rétabli.

Rien à signaler dans les antécédents, sauf une incontinence d'urine qui cessa vers l'âge de 14 ans. L'affection actuelle date de trois mois. Le malade fut pris subitement, pendant qu'il se livrait à des travaux de culture, d'une douleur très intense, l'ayant forcé, dit-il, à se rouler par terre. Cette douleur, bien localisée en une sorte de point de MacBurney gauche, ne s'irradie pas. En même temps survenaient des vomissements alimentaires, puis muqueux, et un météorisme abdominal intense. Durant toute cette crise, il urina normalement et il n'y eut jamais de sang dans ses urines. Du jeudi, jour où commença la crise, jusqu'au lundi suivant, où elle se termina, il n'alla pas à la selle, alors que, d'habitude, il y allait quotidiennement. Il fut transporté à l'hôpi-

tal d'Oyonnax, où des applications de glace suffirent à le soulager.

Depuis lors, il n'a jamais retrouvé la santé; les douleurs reprennent par intervalles, il a des alternatives de diarrhée et de constipation. Il restreint son alimentation et, en deux mois, il a maigri de 7 kilos.

A l'examen, l'abdomen est souple à droite; à gauche, résistance profonde due à une masse allongée dans le sens vertical, dure, douloureuse, répondant au bord externe du grand droit et ne dépassant pas en bas l'épine iliaque antéro-supérieure. Gargouillements nets le long du côlon ascendant et du côlon transverse; si l'on cherche à suivre le côlon descendant, on ne sent plus ce gargouillement au moment où l'on commence à percevoir cette masse dure et douloureuse. Le toucher rectal est négatif. L'examen général est négatif par ailleurs, les urines ne renfermant ni sang ni albumine, on pense à une tumeur intestinale et l'on se résoud à une laparotomie exploratrice.

Intervention, le 7 septembre 1925 (Professeur Patel). Laparotomie médiane sous-ombilicale. — L'intestin et le péritoine sont absolument sains dans la région lombo-iliaque gauche. On trouve là, en arrière du péritoine, une masse volumineuse, allongée et bosselée, de consistance molle; on pense qu'il s'agit d'un rein polykystique. On n'y touche pas, vu l'absence d'examen urologique. L'autre rein ne paraît pas kystique.

Les suites opératoires sont simples et permettent un cathétérisme des uretères (Docteur Thévenot). A droite, cathétérisme facile; à gauche, la sonde bute aussitôt; on recueille les urines par cathétérisme de l'uretère droit et sonde vésicale.

	<i>rein droit</i>	<i>rein gauche</i>
Volume	10 cc.	34 cc.
Chlorures	13 gr. 57 0/00	13 gr. 22 0/0
Urée %	7 gr. 75	9 gr. 25

Examen des urines totales de 24 heures :

Volume : 2100 cc.

Chlorures : 8 gr. 65.

Urée 0/00 : 11 gr. 75.

Ni sucre, ni albumine. Pas de leucocytes.

Intervention le 4 février 1926 (Professeur Patel). Laparotomie latérale gauche. — Décollement du péritoine. On trouve une masse allongée qui n'est autre que le rein. Le pôle supérieur est très haut sous le diaphragme; on le dégage; ce rein est formé par une substance rouge assez normale. En le suivant vers le pôle inférieur, on le voit croiser la face antérieure de la colonne. Il s'agit d'un rein en fer à cheval. Malgré l'existence d'un certain degré de distension du bassinet gauche, on préfère s'abstenir, étant donné que la malformation ne s'accompagne pas de perte notable de substance rénale.

Suites opératoires sans incident.

En janvier 1929, ce malade se plaint toujours de troubles intestinaux : constipation, crises de ballonnement abdominal douloureux; il continue à ne pas souffrir du rein et ses urines sont parfaitement claires.

CHAPITRE IV

Formes gastro-intestinales de la tuberculose rénale

C'est un fait maintenant bien connu, que la tuberculose rénale est loin de se manifester toujours par la pollakiurie et la cystalgie classiques. La formule de Guyon n'est pas vraie dans tous les cas, la vessie peut taire sa souffrance aussi bien que le rein. Dans ces conditions, ce sont parfois les organes abdominaux voisins qui souffrent, ou bien encore, des douleurs névralgiques à irradiations abdominales donnent le change. Pendant plusieurs mois, la tuberculose rénale commençante garde le masque d'une affection abdominale. M. le Professeur Gayet a insisté plusieurs fois sur ces *formes néphralgiques avec localisations abdominales des douleurs*; M. le Docteur Tavernier en a rapporté également une observation.

OBSERVATION CXXVIII (résumée)

(GAYET)

*Tuberculose rénale à forme néphralgique
avec localisation abdominale des douleurs.*

Une jeune fille ressentit dans le flanc droit une douleur brusque pour laquelle on parla d'appendicite, puis de lombago, de sciatique.

Ces douleurs durèrent trois mois, cessèrent, puis reparurent un an plus tard.

Deux ans après seulement, apparurent les troubles urinaux habituels symptomatiques de la tuberculose rénale. Il s'agissait d'une tuberculose à évolution lente, avec processus de sclérose donnant au rein un aspect de néphrite chronique.

OBSERVATION CXXVIII bis.

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GAUTHIER)

Tuberculose rénale gauche à forme dyspeptique et hépatique.

Une femme de 34 ans avait, depuis 3 ans et demi, des vomissements dont le début avait coïncidé avec un accouchement. Depuis lors, elle était considérée comme une dyspeptique, avec digestions longues, douloureuses, nécessitant l'emploi de bicarbonate et de bismuth.

Ce n'est que depuis un an, c'est-à-dire deux ans et demi après l'apparition des phénomènes dyspeptiques, qu'apparurent des phénomènes urinaux : cystite, crises douloureuses et fébriles du rein gauche. Des épisodes de diarrhée coïncident avec les coliques néphrétiques, et souvent le matin la malade a des nausées et même des vomissements. Malgré

tout, l'appétit est conservé; cependant, amaigrissement de 6 kilos en 4 mois.

Le cathétérisme des uretères et les différentes épreuves de spécialité permettent de porter le diagnostic de tuberculose rénale gauche avec intégrité du rein droit. Azotémie : 0 gr. 29.

22 avril 1929 : *Néphrectomie gauche*. — Dans le rein, on trouve : 1° une caverne ancienne au pôle supérieur; 2° des granulations miliaires récentes disséminées; 3° un uretère dilaté.

Un mois après, au sortir de la maison de santé, la malade est débarrassée de sa dyspepsie et des phénomènes douloureux qui avaient fait penser à une lithiasie vésiculaire.

OBSERVATION CXXIX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

*Troubles intestinaux ayant marqué le début
d'une tuberculose rénale droite.*

Mme P... s'est mise à souffrir, il y a 8 mois, de douleurs abdominales accompagnées de phénomènes intestinaux; les douleurs étaient si marquées, si nettement localisées au point de Mac-Burney, l'absence de troubles urinaires était si absolue qu'un chirurgien des hôpitaux n'hésita pas sur le diagnostic d'appendicite, et espéra guérir la malade de ses troubles par une appendicectomie.

Après l'opération, les phénomènes abdominaux persistèrent, mais, au bout de 3 mois, apparurent des signes urinaires : pollakiurie, pyurie, cystalgie, bref tous les symptômes habituels de début d'une tuberculose rénale. •

L'examen montra, en effet, l'existence d'une tuberculose rénale droite. La néphrectomie guérit à la fois les troubles

urinaires et les troubles intestinaux qui les avaient précédés, et qui avaient survécu à l'appendicectomie.

Si l'on met à part les troubles d'origine urémique, qui sont tardifs, il nous semble que cette symptomatologie si particulière de la tuberculose rénale au début peut se manifester dans les circonstances suivantes :

1° Dans le cas de rein exclu.

2° Dans le cas de tuberculose ou de cavernes sous-corticales sans communication avec le bassin.

3° Dans le cas de lésions corticales avec périnéphrite chronique.

4° Enfin, quelquefois, au cours de véritables coliques néphrétiques frustes, par élimination de caillots ou de grumeaux purulents. Cette dernière éventualité est la seule qui permette un diagnostic facile par l'examen des urines.

Voici des observations où l'examen de la pièce a permis de rencontrer les diverses lésions dont nous venons de parler.

OBSERVATION CXXX

(Due à l'obligeance de M. le Professeur PATEL)

*Tuberculose rénale gauche à forme gastro-intestinale.
Guérison des troubles digestifs après néphrectomie.*

Mme M..., 57 ans, entre à l'hôpital pour des troubles intestinaux, qui se sont exagérés depuis 3 semaines. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques, sauf des coliques hépatiques, qu'elle aurait eues il y a 20 ans. Il y a 4 ans, elle souffrit d'une diarrhée qui persista pendant plusieurs semaines.

L'affection actuelle se caractérise par des douleurs abdominales, surtout intenses le soir, siégeant dans la fosse iliaque gauche et irradiant parfois jusque dans le membre inférieur gauche; l'appétit est très diminué, la constipation est marquée, la malade éprouve fréquemment de faux besoins d'aller à la selle, accompagnés d'épreintes rectales.

Les mictions sont tout à fait normales, la malade n'accuse aucun trouble urinaire.

A l'examen, la malade est encore très grasse, quoiqu'elle accuse un amaigrissement de plus de 5 kilos. La palpation est douloureuse dans la fosse iliaque gauche, où l'on croit percevoir une masse allongée verticalement, mobile dans le sens latéral.

Examen radioscopique du gros intestin. — Le lavement bismuthé remplit l'S iliaque, le côlon descendant et l'angle gauche, sans arrêt apparent.

Intervention. — Incision pararectale gauche. Le péritoine ouvert, on constate qu'il n'y a pas de lésion d'aucun viscère abdominal. Le gros intestin et l'estomac sont sains, ainsi que l'épiploon. On sent, à travers le péritoine, la tumeur perçue cliniquement. L'impression est celle d'une tumeur très adhérente, en arrière du péritoine, dans la région rénale. On incise le péritoine et on aperçoit un énorme rein. En essayant de le décoller, on ouvre un abcès volumineux contenant un pus grumeleux, d'apparence tuberculeuse. Néphrectomie gauche sans incident.

Examen de la pièce. — Le rein gauche a un volume double de celui d'un rein normal. Au niveau du pôle inférieur, on constate une zone pathologique avec des fongosités représentant l'origine de l'abcès. Il s'agit d'une tuberculose du pôle inférieur du rein gauche, sans communication avec le bassinet. Suites opératoires simples. La malade quitte le service trois semaines plus tard.

Six mois après, la malade vient donner de ses nouvelles; son état général est excellent, elle a engraisé de 4 kilos.

Tout récemment, c'est-à-dire deux ans après l'opération,

elle répond à notre enquête que ses digestions sont bonnes et qu'elle n'a pas repris de coliques intestinales analogues à celles qui avaient motivé son entrée à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION CXXXI (résumée)

(PILLET)

Tuberculose rénale à forme anormale caractérisée par des phénomènes gastriques.

Une femme de 39 ans ressent des douleurs lombaires gauches, qui reviennent par crises. Elle est avertie du début de la crise par un état nauséeux; elle se couche, un vomissement marque l'apogée de la crise et une émission de gaz son déclin. Malgré ces troubles gastriques, la digestion intestinale est demeurée régulière.

Sur la pièce de néphrectomie gauche, on trouva des tubercules crétiifiés sous-corticaux.

Dans la tuberculose bilatérale, on serait tenté d'expliquer les troubles digestifs par l'urémie: voici pourtant un cas montrant que l'insuffisance urinaire n'est pas toujours en cause, même dans ces conditions.

OBSERVATION CXXXII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Tuberculose rénale bilatérale à début dyspeptique en l'absence de troubles urémiques.

Veuve G..., 36 ans, s'est toujours bien portée jusqu'à son

mariage; son mari est mort de tuberculose pulmonaire, il y a quinze ans.

L'affection actuelle a débuté il y a quatre ans environ, par des douleurs abdominales diffuses, n'ayant rien de typique, aboutissant à des crises de diarrhée. Il n'existait absolument aucun trouble urinaire.

En trois ans, il y a eu trois ou quatre périodes douloureuses du même genre. C'est seulement l'année dernière que la malade a consulté son médecin, à l'occasion d'une crise beaucoup plus douloureuse à début brusque qui dura plusieurs jours. La douleur siégeait dans la fosse iliaque droite, elle n'irradiait pas; il y avait un peu de fièvre, 38°. Le médecin pensa à une crise d'appendicite. Depuis ce moment, plusieurs crises identiques se sont succédées, et l'on commençait à parler d'appendicectomie *lorsque la maladie entra dans sa deuxième phase.*

En effet, des troubles urinaires apparurent : mictions très fréquentes, urines légèrement troubles. A partir de ce moment, on constata les symptômes typiques d'une tuberculose rénale qui fut vérifiée par l'inoculation et qui ne put être traitée chirurgicalement à cause de la bilatéralité des lésions.

A noter que l'azotémie n'était pas en cause chez cette malade. Dosage de l'urée du sang : 0 gr. 37 %. Constante d'Ambard : 0,086.

En somme, surtout au début de son évolution, la tuberculose rénale peut donner lieu à des douleurs névralgiques abdominales ou à des phénomènes de dyspepsie ou d'entérite. Ces cas ne sont pas exceptionnels et l'examen microscopique et bactériologique des urines, parfois même la pyélographie sont capables de les diagnostiquer avant la période de pyurie.

CHAPITRE V

Formes gastro-intestinales de début des tumeurs rénales

Le terme de « tumeur rénale » est pris ici dans son acception la plus large, et nous y engloberons les kystes du rein et les reins polykystiques. Nous ferons allusion, dans le même chapitre, aux tumeurs paranéphrétiques.

Les tumeurs du rein ont une symptomatologie pauvre en troubles gastro-intestinaux. Cependant, une tumeur à développement rapide est susceptible d'entraîner, avant l'apparition des hématuries, des troubles uniquement digestifs par réflexe ou par compression.

1. — CAS où IL EXISTE UNE TUMEUR PERCEPTIBLE

OBSERVATION CXXXIII (résumée) (BÉVERS)

*Kyste du rein provoquant une obstruction intestinale
chronique.*

Il s'agissait d'une tumeur volumineuse perceptible seule-

ment dans le ventre, au niveau de l'hypochondre gauche et non de la région lombaire.

L'intervention montra un kyste du rein qui comprimait la courbure splénique du côlon, ainsi que l'origine du côlon descendant, provoquant ainsi l'obstruction intestinale.

OBSERVATION CXXXIV (résumée)

(SVYNGHÉDAUW)

Rein polykystique ayant déterminé une intolérance stomacale absolue par compression du duodénum.

Une malade était atteinte d'une intolérance gastrique absolue ayant déterminé une cachexie rapidement inquiétante.

La laparotomie conduisit non pas sur une tumeur du pylore, mais sur un rein droit polykystique repoussant le duodénum.

Une néphrectomie transpéritonéale se fit aisément, et mit fin à l'intolérance gastrique.

OBSERVATION CXXXV (résumée)

(GIBSON et BIGGS)

Troubles digestifs chroniques. — Diagnostic clinique : rein gauche flottant. — Intervention : hypernéphrome du rein gauche.

Une jeune femme souffrait depuis longtemps de troubles digestifs gastro-intestinaux. En examinant l'abdomen, on constate que le pôle inférieur du rein gauche est anormalement perceptible. Le rein droit est normal.

On se décide à faire une néphropexie; pendant l'opéra-

tion, on trouve un hypernéphrome du pôle inférieur du rein gauche. Néphrectomie. Mort en huit jours.

Duroux et Phélip ont publié dans le *Journal d'Urologie* de 1924, une observation intitulée: « Localisation d'une épithélioma sur un rein atteint de pyélonéphrite chronique avec symptomatologie intestinale sans hématurie ». Sur la pièce existaient des lésions de néphrite avancée, et l'urée du sang n'ayant pas été dosée, on ne peut rejeter l'hypothèse de troubles intestinaux d'origine urémique.

2. — CAS OU AUCUNE TUMEUR N'EST ENCORE PERCEPTIBLE

L'observation très curieuse qu'on va lire fait penser à des troubles gastriques réflexes causés par une tumeur rénale latente:

OBSERVATION CXXXVI (résumée) (PUJOS)

*Syndrome pylorique réflexe à point de départ rénal.
Kyste séreux du rein gauche. Néphrectomie.*

Un homme de 49 ans, sans passé pathologique, souffre depuis deux mois d'une intolérance gastrique d'abord intermittente, puis totale. L'amaigrissement est extrême. Il n'y a jamais eu d'hématémèse ni de méléna.

A son entrée à l'hôpital, le malade ne tolère aucun aliment depuis huit jours. L'examen objectif est négatif du côté du foie, de l'estomac, de l'appendice.

Radioscopie. — Imperméabilité complète du pylore. Hypertonie gastrique. Grande et petite courbures d'aspect normal. Ulcus duodéno-pylorique probable.

Intervention. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. L'estomac est normal, ainsi que le pylore, le duodénum et les voies biliaires. En palpant plus à gauche, on sent une tumeur rétro-péritonéale, probablement rénale. Incision transversale. Après s'être assuré de l'existence et de l'intégrité du rein droit, on enlève par voie transpéritonéale le rein gauche. Sur la pièce, kyste séreux, gros comme un œuf, au pôle supérieur; un kyste plus petit sur la convexité.

Suites opératoires simples et guérison des troubles gastriques.

3. — FORMES GASTRO-INTESTINALES DE DÉBUT DES TUMEURS PARANÉPHRÉTIQUES

Ces tumeurs ont un développement trop lent pour causer des troubles réflexes par distension du plexus solaire; d'autre part, lorsqu'elles donnent des troubles de compression intestinale, elles sont assez volumineuses pour être facilement diagnostiquées. Lecène et Thévenot ont insisté tous les deux sur le peu d'importance des troubles digestifs dans les tumeurs et les kystes paranéphrétiques. Voici pourtant un exemple établissant la possibilité de ces faits:

OBSERVATION CXXXVII (résumée) (LATRONCHE)

Troubles du transit intestinal révélateurs d'un kyste pararénal gauche.

Une femme de 39 ans souffrait de troubles intestinaux :

crises de coliques violentes, surtout nocturnes, avec ballonnement du ventre et accès de suffocations; ces crises cessaient après une émission copieuse de gaz par l'anus. A la palpation, on percevait vaguement une tumeur arrondie dans l'hypochondre gauche.

La tumeur fut enlevée par voie transpéritonéale, avec excision partielle du rein. Les suites furent troublées par une complication péritonéale suraiguë, qui nécessita, le lendemain soir, une nouvelle laparotomie avec lavage du péritoine à l'éther. Dès le lendemain, ces accidents cessèrent.

On peut penser que dans ce cas les troubles digestifs étaient dûs à des connexions particulières de la tumeur avec le plexus solaire: le bizarre syndrome péritonéal noté dans les suites opératoires est peut-être d'origine nerveuse, la brusquerie de son apparition et de sa disparition cadrent mal en effet avec l'hypothèse d'accidents infectieux. Les détails manquent dans le compte rendu opératoire pour permettre de trancher toute discussion à ce sujet.

En résumé, *des troubles gastro-intestinaux variés peuvent être les premiers signes d'une tumeur rénale ou pararénale commençante.* Dans ces conditions, la perception clinique d'une tumeur abdominale fait incriminer volontiers un néoplasme gastrique ou intestinal: l'examen urinaire est cependant de mise, le rein peut être en cause en de pareilles circonstances.

CHAPITRE VI

Formes Gastro-intestinales des infections rénales chroniques

Toutes les fois qu'une infection rénale chronique parvient à un stade avancé de son évolution, elle donne lieu à des troubles dyspeptiques; cette constatation est banale et ce n'est pas à ces faits, bien connus depuis Guyon, que nous voulons consacrer ce chapitre.

Ce que nous voulons établir, c'est qu'une infection rénale latente, c'est-à-dire n'attirant l'attention par aucun trouble urinaire notable, ni par aucune modification évidente des urines, peut entraîner dans le fonctionnement du tube digestif des perturbations assez importantes pour faire croire à une maladie gastrique ou intestinale.

Cela ressort d'un grand nombre de nos observations: les calculs et les hydronéphroses qui déterminent des troubles digestifs comportent fréquemment une infection urinaire légère.

Plusieurs auteurs ont signalé ces faits: Sternberg, Cecil, Goyena y ont fait allusion. Cassago (de Madrid) a consacré un article important « aux troubles digestifs dans les inflammations suppuratives du rein ». Il a en vue « une forme de dyspepsie nerveuse dont l'origine est due à un fonctionnement défectueux du rein, et peut facilement échapper au médecin. Il ne s'agit pas de néphrites chroniques ou de rétentions d'urine plus ou moins incomplètes avec ou sans distension, mais d'infections rénales plus ou moins latentes. C'est pourquoi, dans tous les cas de dyspepsie nerveuse, il est indispensable de procéder à l'analyse chimique et microscopique des urines, pour éviter des erreurs grossières qui pourraient avoir pour conséquence la mort du malade ».

« Dans tous les cas, aussitôt après l'opération (néphrectomie, etc.), les signes dyspeptiques disparaissent, même lorsque la fièvre et l'infection persistent. »

Dans une étude sur les infections rénales, Culver, Russel, Herrold et Phifer notent que, dans 14 % des cas, la douleur abdominale et les vomissements ont constitué le premier signe et, 18 fois sur 100, le signe prédominant pendant toute l'évolution de la maladie.

Comment expliquer ces phénomènes? puisque dans ces cas on ne peut invoquer une insuffisance rénale avancée déterminant des lésions intestinales d'origine urémique, *il nous semble logique d'admettre des troubles digestifs d'origine réflexe*. S'agit-il d'ulcérations de la muqueuse pyélo-urétérale, qui provoquent les réflexes de spasme pylorique ou intestinal? ou bien plutôt, des phases de rétention pyélique avec distension légère

sont-elles le point de départ des accidents? On ne peut le dire, mais il est difficile de n'être pas impressionné par des cas où, l'urémie étant certainement hors de cause, on voit une infection rénale déclancher des troubles gastro-intestinaux qui guérissent subitement dès que l'infection des urines est supprimée.

Cette coexistence de troubles gastro-intestinaux, avec une infection rénale, a donné souvent lieu de penser que les accidents digestifs étaient les premiers en date; ce seraient les produits toxiques ou les bactéries provenant d'un tube digestif à fonctionnement défectueux qui auraient causé la pyurie. On reconnaît là la définition du syndrome entéro-rénal. Nous croyons que la proposition doit être renversée quelquefois: il s'agit souvent alors de *syndromes réno-entériques*; les troubles digestifs ne sont que les symptômes, la conséquence et non la cause des troubles urinaires. Voici un exemple de ces faux syndromes entéro-rénaux; on les reconnaîtra à ce que le régime, la désinfection de l'intestin, la vaccinothérapie, etc., ne suppriment pas les troubles urinaires, alors que la thérapeutique urologique guérit du jour au lendemain les troubles digestifs.

OBSERVATION CXXXVIII

(Due à l'obligeance de M. le Docteur GAUTHIER)

Hydronéphrose infectée s'accompagnant de phénomènes entéritiques, prise pendant dix ans pour un syndrome entéro-rénal. — Néphrectomie. — Guérison des troubles digestifs.

Mlle C. G..., 22 ans, a une santé habituelle médiocre. Depuis dix ans, elle présente, en même temps que des urines troubles, des phénomènes intestinaux : alternatives de constipation et de diarrhée, coliques survenant par crises, etc... De temps en temps, état fébrile pendant quelques jours. La malade a été vue par plusieurs médecins à Paris, notamment des médecins des hôpitaux. Le diagnostic qui a toujours été fait est celui de syndrome entéro-rénal; on attribuait le *primum movens* à l'intestin, et on considérait que la pyurie et la colibacillurie habituelles chez cette femme étaient secondaires à une entérite chronique. Il a été fait dans ce sens, à plusieurs reprises, une médication intensive : la malade a absorbé force laxatifs de tout genre, elle a pris des lavements huileux et aqueux, elle a subi plusieurs séries de piqûres de stock et d'auto-vaccins, elle a suivi des régimes, etc... Toutes ces médications dirigées du côté de l'entérite ont été vaines, et la malade traîne en conséquence de ces échecs thérapeutiques une vie assez misérable. Elle est obligée d'interrompre à chaque instant son métier de dactylo pour faire des séjours à l'hôpital. Les hasards de la vie l'amènent à Lyon, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service du Professeur Patel, qui la confie aux soins du Docteur Gauthier.

Examen (Docteur Gauthier). — La première chose qui frappe à l'examen de cette malade, c'est l'existence de deux anomalies de développement : une atrophie du sein et un angiome de la grande lèvre, situées toutes deux à droite. Or, la malade se plaint nettement de douleurs sourdes, continues dans le flanc droit. On se demande si ses douleurs du flanc droit ne sont pas symptomatiques d'une troisième anomalie qui serait une hydronéphrose droite infectée. Pour vérifier cette hypothèse, des sondes urétérales sont mises en place et fournissent en une demi-heure ;

	à droite	à gauche
Volume	175 cc.	23 cc.
Aspect	sirop d'orgeat	citrin pâle
Urée 0/00	2 gr. 25	11 gr. 25
Chlorures	2 gr. 45	12 gr. 40
Urée totale 0/00	0 gr. 26	

On conclut de cette séparation que le rein droit, très suppuré et dilaté, a une valeur physiologique très faible; rein gauche normal.

Azotémie : 0 gr. 23 0/00. Constante d'Ambard : 0,09.

Pyélographie. — On injecte dans le rein droit 50 cc. de bromure de sodium à 15 0/00. Le cliché radiographique montre une énorme hydronéphrose avec torsion de l'uretère au voisinage du bassin. (Voir planche VII hors texte.)

Les suites de la pyélographie ont été fébriles et douloureuses.

Intervention, 5 février 1927. — Par voie lombaire, on pratique une néphrectomie sans incident, avec ligatures séparées de l'uretère et de l'artère rénale. Les suites opératoires furent simples.

Examen de la pièce. — Le rein est transformé en une poche multiloculaire. Le parenchyme n'est plus reconnaissable. Il est tassé à la périphérie sous forme d'une coque mince de quelques millimètres. Le bassin est très volumineux; il a les dimensions d'une belle noix. L'uretère est un peu dilaté, mais il est impossible de retrouver la torsion en vrille que l'on voyait sur la pyélographie.

Revue en décembre 1927, la malade a engraisé, ses urines sont claires et son état général excellent.

Nous concluerons que les troubles digestifs persistants, rebelles au régime et à la thérapeutique, doivent faire songer à examiner les urines, même en l'absence d'antécédents et de troubles fonctionnels de l'appareil

urinaire. On fera l'examen microscopique des urines centrifugées, pour déceler une infection rénale latente. La radiographie, la pyélographie, montreront si cette infection n'est pas surajoutée à une lithiasé ou à une hydronéphrose préexistante.

Même lorsque la pyurie est évidente et qu'elle coexiste avec des troubles intestinaux, il ne faut pas se hâter d'attribuer la pyurie au fonctionnement défectueux du tube digestif. On ne pourra parler de syndrome entéro-rénal véritable que si un examen complet (microscopique, chimique, radiologique) de l'arbre urinaire, a éliminé la possibilité d'une affection urinaire primitive causant des troubles digestifs réflexes (syndrome réno-entérique).

DEUXIÈME PARTIE

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Relations entre les reins et l'appareil digestif

COMPLEXITÉ DU PROBLÈME. — De multiples relations unissent l'appareil digestif et l'appareil urinaire, mais c'est s'attaquer à un problème fort complexe que de vouloir les débrouiller. Nous voulons traiter ici de l'influence des reins sur le tractus gastro-intestinal, mais *il n'est pas toujours facile*, en présence d'un cas pathologique donné où se combinent des troubles digestifs avec des symptômes urinaires, *de savoir quel a été le primum movens des accidents*. Est-ce le rein qui est en cause? Les lésions dont il est le siège suffisent-elles à expliquer les désordres digestifs? ou bien au contraire est-ce une affection gastro-intestinale qui est responsable de la maladie rénale?

1. — La lithiase rénale, par exemple, est souvent associée à des troubles digestifs. On peut se demander parfois si le mauvais fonctionnement de l'intestin n'a pas été la cause de la précipitation du calcul, ou s'il n'a pas aggravé la lithiase en provoquant une infection secondaire. Nous connaissons plusieurs cas de calculs rénaux qui, d'abord entièrement latents, se sont mani-

festés ensuite par des symptômes digestifs contemporains d'un trouble léger des urines.

2. L'hydronéphrose latente, de même que la dilatation congénitale des voies urinaires supérieures, se révèle souvent par des désordres de la digestion, du type entérocolite muco-membraneuse notamment. N'est-ce pas le voisinage de cet intestin malade qui a inoculé l'hydronéphrose, si souvent infectée en pareille occurrence?

3. — Les pyélonéphrites ont une symptomatologie gastro-intestinale souvent très accentuée. Là encore, ne s'agit-il pas d'une maladie primitivement digestive qui a infecté le bassinet?

Des cas semblables sont très difficiles à débrouiller: tube digestif et appareil urinaire arrivent à s'influencer réciproquement, il s'établit entre eux un véritable cercle vicieux, dont le point de départ peut être impossible à retrouver. *Ce sont les affections gastro-intestinales et urinaires intriquées.*

Ces faits ont donné lieu à d'innombrables discussions: rappelons seulement l'article de V. Rochet et Thévenot sur les rapports entre l'appendicite et les affections du rein droit, et les discussions de la Société d'Urologie, sur le même sujet.

Certains auteurs, à la suite d'Heitz-Boyer, ont considéré le tube digestif comme étant le point de départ habituel de ces accidents. Comme toute idée neuve et séduisante, celle-ci a peut-être donné lieu à quelques exagérations dans les applications qu'on en a faites. Le cadre du syndrome entéro-rénal a peut-être été trop élargi, et nous pensons que nombre de cas considérés comme des syndromes entéro-rénaux sont en réalité des

syndromes réno-entériques. Nous n'en voulons pour preuve que l'échec, dans ces cas, de toute médication s'adressant au tube digestif, alors que le traitement de la maladie rénale triomphe comme par enchantement des troubles gastro-intestinaux invétérés.

Nous croyons donc que, à côté des cas où le tube digestif retentit fâcheusement sur l'appareil urinaire, il est d'éventualité fréquente qu'une affection primitive des reins cause tous les troubles gastro-intestinaux : c'est donc uniquement au rein que le traitement devra s'adresser dès lors pour être efficace.

CHAPITRE PREMIER

Rapports de coïncidence

Il faut éliminer les cas où coexistent, sans aucune relation de cause à effet, d'une part une maladie rénale, d'autre part une affection digestive. Ces cas ne sont pas extrêmement rares; ou bien il s'agit d'une coïncidence pure, ou bien une maladie générale tient sous sa dépendance à la fois les troubles rénaux et les troubles gastro-intestinaux (diathèse lithiasique).

Nous avons soigneusement écarté du cadre de ce travail toutes les observations où ces rapports de coïncidence pouvaient être invoqués; à titre d'exemple, pour montrer les difficultés de diagnostic et de thérapeutique susceptibles de surgir dans cet ordre d'idées, nous rassemblerons néanmoins, dans ce court chapitre, plusieurs observations de ce genre.

COEXISTENCE DE LITHIASE RÉNALE ET DE LITHIASE BILIAIRE

Signalée par Murchinson, la possibilité de cette coïncidence est notée également dans la thèse de Leguen.

M. le Professeur Tixier en a publié une très belle observation dans le livre jubilaire de Forgue.

OBSERVATION CXXXIX

(TIXIER)

Voir radiographie et dessin planche IV hors texte.

Le 11 juillet 1921 entre à la Clinique une femme qui se plaint du flanc droit. C'est une mère de quatre enfants bien portants; elle a 52 ans mais est très vigoureuse. Cuisinière de bonne maison, elle a le teint coloré et un superbe embonpoint.

A 28 ans, elle a eu une crise de coliques hépatiques, à 38 ans une deuxième crise très sévère. Depuis, très souvent de petites rechutes avec vomissements et réactions abdominales intenses. Jamais elle n'a rien observé du côté de ses urines.

Malgré une paroi surchargée de graisse, on perçoit nettement à droite une grosse tumeur arrondie à fond globuleux. C'est une vésicule de par son siège, ses rapports anatomiques, etc... Une superbe radiographie affirme l'existence d'un gros calcul en forme de gland de chêne. Sur le cliché, d'après ses rapports, on le situe dans la vésicule. Une intervention est proposée; pour des raisons particulières, la malade demande à attendre.

Elle revient en octobre 1921; toujours mêmes symptômes locaux; suivant les jours, la tumeur est plus ou moins volumineuse. Parfois elle paraît donner du ballonnement rénal. Les urines examinées sont absolument normales.

Le 27 octobre 1921, j'interviens. Rapidement je découvre une grosse vésicule distendue, mais pas autant qu'on le supposait; on perçoit au travers des parois un gros calcul. Taille de la vésicule, on extrait un calcul volumineux.

Il est gros, mais il ne l'est pas assez pour reconstituer le calcul figuré sur la radiographie. Exploration soignée du

bassinets, de la vésicule, du cystique, du cholédoque; il n'y a point d'autre calcul.

A ce moment un de mes aides facétieux, il croyait l'être, me dit : « S'il y avait un calcul dans le rein ? »

Sans grande conviction, je palpe le rein, il y avait un deuxième calcul dans le rein dont le bassinets est manifestement hydronéphrotique. C'est sa distension qui produisait la tuméfaction volumineuse que la seule vésicule biliaire n'était pas capable de réaliser.

Rapidement je ferme la vésicule; je repère les feuillets péritonéaux, j'incise le bassinets du rein droit et j'enlève ce deuxième gros calcul qui, juxtaposé au premier calcul biliaire, reconstituait exactement la forme et le volume du calcul, en réalité des calculs représentés sur la radiographie.

J'aurais bien voulu enlever ce rein droit, mais je ne connaissais ni l'existence ni la valeur fonctionnelle du rein gauche, aussi je terminais par une marsupialisation lombaire et fermais complètement la laparotomie abdominale. Guérison opératoire.

Naturellement une fistule urinaire lombaire persiste, mais la malade veut quitter l'hôpital. En novembre 1922 elle vient demander la cure de cette fistule. Le Docteur Gauthier cathétérise le rein gauche, il est très suffisant. Avec son assistance, le 24 novembre, j'enlève le rein hydronéphrotique droit fistulisé par néphrectomie transpéritonéale pour guérir en même temps une éventration abdominale gênante. Guérison rapide.

De nombreuses communications à la Société d'Urologie et à la Société de Chirurgie de Paris, ont signalé des observations analogues. Citons en particulier le travail de Chevassu, et les études radiologiques de Bécclère et de Belot. Chauffard et Debray ont étudié longuement ces rapports réciproques des lithiases rénale et vésiculaire: pour eux, dans ce cas de « bilithiase », la locali-

sation rénale est presque toujours la première en date. On peut se demander si les troubles digestifs et biliaires symptomatiques de la lithiase rénale ne provoquent pas parfois une stase vésiculaire favorisant l'apparition des calculs biliaires. L'observation suivante donne à réfléchir à ce point de vue.

OBSERVATION CXL (résumée)

(H. DE BEAUFOND)

Cholécystite sans calcul et calculs multiples latents du rein droit

Femme de 28 ans. A, depuis quinze jours, un état nauséux et des crises douloureuses subintrantes dans l'hypochondre droit sans irradiation. Pas de fièvre. Elle a un long passé de troubles digestifs et a dû renoncer aux œufs, dont l'absorption déclenchait les crises. Pas d'ictère. L'examen, facile, décèle une douleur nette au point vésiculaire.

Radiographie. — Dans la région vésiculaire, amas de calculs à facettes, avec trois calculs isolés, plus volumineux, dont le plus gros est le plus interne. Rien à gauche. Pas de troubles urinaires : ni colique néphrétique, ni trouble de la miction, ni hématurie. Azotémie : 0 gr. 40. L'ombre calculeuse juxtavertébrale fait bien penser à un calcul rénal, mais les troubles digestifs sont si marqués qu'on décide d'intervenir sur la vésicule.

Intervention. — La cholécystectomie enlève une vésicule rétractée, entourée de quelques adhérences, mais ne contenant aucun calcul.

Six mois plus tard, la malade, d'ailleurs fort améliorée par la première intervention, revient se faire radiographier; cette épreuve, jointe à une pyélographie, montre que les calculs sont dans le rein droit. La valeur fonctionnelle du rein gauche étant satisfaisante, on fait une néphrectomie droite qui amène la guérison.

COEXISTENCE D'HYDRONÉPHROSE
ET D'AFFECTION GASTRO-INTESTINALE

L'observation de Grant, déjà citée p. 181, en est un exemple; on y voit coexister un ulcère gastrique et une hydronéphrose.

OBSERVATION CXLI (résumée)
(RÉCASENS)

*Hydronéphrose droite et inflammation non calculuse
de la vésicule biliaire.*

Une femme avait eu des urines troubles huit ans auparavant, mais elles étaient devenues claires depuis. Il y a trois ou quatre mois, elle commença à ressentir des douleurs vagues dans le ventre.

A l'examen, tumeur épigastrique mobile paraissant correspondre à la vésicule; d'autre part, tumeur fluctuante profonde dans le flanc droit. Les urines étaient claires à ce moment.

L'opération montra que la tumeur inférieure était une hydronéphrose droite adhérente aux parties voisines. L'autre tumeur, adhérente à la première, était une vésicule très dilatée et pleine de liquide purulent. Ces deux tumeurs ne s'étaient traduites cliniquement par aucun symptôme, et il avait été impossible avant l'opération de faire un diagnostic clinique.

Nous connaissons de même un cas de coexistence entre hydronéphrose et calculs de la vésicule (Professeur Tixier). La thèse de Deguillaume en rapporte plusieurs cas.

Enfin, dans la thèse de Jeliu, dans le travail de Rochet

et Thévenot, on trouve maint exemple de coexistence entre hydronéphrose et appendicite.

Un fait demeure troublant dans tous ces cas qui, au premier abord, paraissent être de pure coïncidence ; c'est que l'affection gastrique, appendiculaire ou biliaire, coexiste toujours avec une lésion du rein droit. Cela fait penser à des relations plus étroites entre la maladie digestive et l'affection rénale, mais il serait téméraire de poser pareille conclusion sans autre preuve.

CHAPITRE II

Rapports de contiguité

Pour expliquer le retentissement des affections rénales sur les organes abdominaux, l'idée la plus simple qui vient à l'esprit est certainement celle du voisinage anatomique du rein et de l'appareil digestif.

Inutile d'insister sur les rapports des reins avec l'estomac, le duodénum, les angles coliques, sur le voisinage du rein droit avec l'appendice (Laquière) et les voies biliaires (Deguillaume); sur le trajet parallèle de l'uretère et des colons ascendant et descendant, etc. On a montré que la projection, sur la paroi abdominale antérieure, de tel point du bassinet ou de l'uretère se confondait avec les points vésiculaire, pyloro-duodénal ou appendiculaire.

Quelles sont, au point de vue pathologique, les conséquences qu'entraînent ces rapports anatomiques étroits des reins avec l'appareil digestif? On peut les classer de la manière suivante:

1. Compression directe du tube digestif par le rein malade;

2. Compression indirecte (compression des vaisseaux et nerfs du tube digestif, coudure et brides péritoneales mécaniques d'origine rénale);

3. Communications pathologiques par voie vasculaire;

4. Propagations inflammatoires de proche en proche par le tissu cellulaire sous-péritonéal (rétropéritonite), par le péritoine (péritonite chronique prérénale).

1. LA COMPRESSION du tube digestif, se définit d'elle-même. Rein droit et rein gauche sont également susceptibles de comprimer le gros intestin, au niveau des angles coliques; le rein droit a le privilège de pouvoir atteindre la région pyloro-duodénale.

Cette compression directe est rare; il faut qu'une tumeur rénale atteigne un volume considérable pour qu'elle devienne capable de diminuer par contact immédiat le calibre d'un segment quelconque du tube digestif. Aussi, la plupart du temps, s'agit-il de compression indirecte.

2. LA COMPRESSION INDIRECTE peut se manifester de deux manières:

Ou bien la tumeur rénale comprime les vaisseaux ou les nerfs du tube digestif,

Ou bien, les variations de volume du rein (tumeur, hydronéphrose, rein polykystique, etc.), attirent ou entraînent le péritoine pariétal postérieur, par l'intermédiaire duquel elles provoquent une *coudure du tube digestif ou une bride compressive.*

a) C'est ainsi qu'une tumeur du rein peut agir sur les veines mésentériques, et l'œdème consécutif entraî-

nerait des troubles variés dans la sécrétion et la motricité intestinales. De même, les lymphatiques et les nerfs intestinaux peuvent être comprimés. Au cours de nos dissections, nous avons remarqué, en contact intime avec le bassin du rein gauche, des rameaux nerveux destinés au gros intestin et satellites de l'arc vasculaire de Treitz: l'atteinte de ces rameaux rend compte peut-être des désordres du côlon descendant et transverse si fréquemment observés au cours des affections du rein gauche.

Lorsqu'une maladie rénale entraîne une brusque distension du tissu cellulaire rétropéritonéal (hématome spontané, hémorragie par tumeur, rupture d'hydronéphrose) les troubles de ce genre atteignent leur maximum.

b) Le développement d'une tumeur rénale peut causer aussi *des brides péritonéales ou des coudures* réalisant l'obstruction partielle ou totale, transitoire ou définitive, du tube digestif. Quand la traction sur le péritoine pariétal postérieur s'effectue lentement et progressivement, les troubles gastro-intestinaux sont peu marqués, mais si pareilles modifications surviennent de façon rapide, il n'en est pas de même! on sait combien il est facile, au cours d'une néphropexie de couder ainsi la 2^e portion du duodénum ou les angles coliques (Alglave, Cathelin); la brusque distension d'une hydronéphrose réalise aussi une attraction du péritoine prérénal qui se plisse, étranglant parfois sous une bride transversale la 2^e portion du duodénum (cf. obs. CXXV). Ce sont des brides analogues qui peuvent prendre naissance

au cours de l'évolution d'un rein mobile (Bramwell, Hutchinson, Hale White).

3. LES COMMUNICATIONS CIRCULATOIRES entre l'appareil rénal et l'appareil digestif sont peut-être responsables de certaines relations pathologiques entre ces deux appareils. Les veines du système de Retzius anastomosent de façon constante la circulation rénale et la circulation intestinale (Charpy); de même, il existe des anastomoses lymphatiques entre ces deux systèmes (Tixier et Viannay, Cunéo et Marcille, Franke).

A vrai dire, ces communications vasculaires se font surtout dans le sens entéro-rénal, aussi bien pour les courants veineux que pour les courants lymphatiques, et ces phénomènes paraissent intervenir pour une bien faible part dans la pathologie des accidents que nous étudions ici.

4. LA PROPAGATION INFLAMMATOIRE de proche en proche est beaucoup plus fréquente et paraît utiliser tantôt la voie sous-péritonéale, tantôt la voie intrapéritonéale.

La propagation d'une inflammation rénale ou d'une périnéphrite peut se faire vers les organes digestifs par voie sous-péritonéale. Elle peut même s'infiltrer dans les mésos, le long des vaisseaux de l'intestin, causant une sorte de mésentérite rétractile.

Babes a créé, pour caractériser ces troubles, le mot de « *rétropéritonite* », « Jusqu'ici on a décrit la péripan-créatite, la périnéphrite, la périurétérite, mais souvent l'inflammation ne reste pas limitée à un seul organe rétropéritonéal et s'étend aux organes voisins. On peut constater, dans ce tissu rétropéritonéal, soit une inflam-

mation franche, avec dilatation des vaisseaux œdème, etc..., soit un durcissement diffus avec apparition de nombreux cordons fibreux ou scléreux. Dans ce cas, le tissu rétropéritonéal devient tellement résistant qu'il est très difficile d'isoler, à l'autopsie, les organes rétropéritonéaux. L'inflammation d'un organe rétropéritonéal peut ainsi se propager aux autres. Les symptômes de la rétropéritonite sont difficiles à préciser; on les confond souvent en clinique avec ceux d'une gastrite chronique, d'un ulcus ou d'un ulcère stomacal, d'une lithiase biliaire, etc. »

Ces phénomènes inflammatoires chroniques peuvent gagner le péritoine voisin, déterminant des adhérences qui troublent le fonctionnement du pylore, du duodénum, du gros intestin et même des voies biliaires. Nous pensons qu'un certain nombre de périoduodénites de cause mal précisée sont en réalité d'origine rénale et méritent des investigations cliniques dirigées dans ce sens. Il s'agit là de faits trop peu connus et pourtant, dès 1894, Terrier et Baudoin les avaient mis en lumière dans leur étude sur l'hydronéphrose: « La stase veineuse des parois du bassinnet détermine à la longue une irritation prolongée, une sorte d'inflammation chronique non suppurée des parties conjonctives qui constituent la paroi du bassinnet et du tissu cellulaire voisin (*péripyéélite chronique*). Il se développe des brides et des tractus fibreux qui atteignent même le péritoine (*péritonite chronique périrénale*). Ces lésions péritonitiques sont souvent observées dans le rein mobile, et même Mosler les a considérées comme la cause efficiente des déplacements de cet organe ». Ces lésions péritonéales,

contiguës à une inflammation rénale ou périrénale, sont encore plus marquées dans les pyonéphroses, les phlegmons périnéphrétiques et la périnéphrite chronique tuberculeuse. Elles nous paraissent capables d'expliquer un certain nombre de relations pathologiques entre les appareils urinaire et digestif.

CHAPITRE III

Relations par voie humorale

Les reins sont physiologiquement solidaires du tube digestif par voie humorale. Lorsque l'élimination rénale est insuffisante, la composition du sang se modifie: l'urée, certains sels, y demeurent en proportions excessives.

Ces modifications du milieu intérieur font obstacle à l'absorption intestinale; d'autre part, le tractus digestif, capable d'éliminer jusqu'à un certain point les substances toxiques, devient le siège d'éliminations exagérées qui provoquent à son niveau de graves désordres.

Ce sont là des faits bien connus; il est banal, surtout depuis que Guyon y a insisté, de décrire la forme gastro-intestinale de l'urémie; c'est là la phase ultime que traverse tout urinaire infecté, lorsqu'il y a insuffisance rénale.

Dans ce travail, nous avons soigneusement écarté tous les cas de ce genre.

Mais, en dehors des cas où l'urémie digestive, avec son cortège symptomatique bien connu, vient compliquer une affection chirurgicale du rein, il est des circonstances où des troubles digestifs d'origine urémique ont été la première manifestation d'une maladie rénale. Pour montrer les différences que présentent ces accidents d'ordre toxique avec ceux qui reconnaissent une cause mécanique ou réflexe, nous esquisserons brièvement leur tableau.

A. TROUBLES DIGESTIFS URÉMIQUES D'ALLURE CHRONIQUE SYMPTOMATIQUES D'UNE AFFECTION RÉNALE LATENTE..

Une maladie rénale telle qu'une lithiase, une hydro-néphrose, un rein polykystique, etc., peut, alors qu'elle n'a donné lieu à aucune manifestation d'ordre urinaire, entraîner des désordres gastriques (dyspepsie, vomissements) et intestinaux (diarrhée), qui constituent son unique symptomatologie. Cette éventualité a été longuement décrite par Goyena, au travail duquel nous renvoyons pour de plus amples détails.

Au point de vue chirurgical, les accidents abdominaux aigus que nous allons citer méritent de retenir davantage l'attention.

B. OCCLUSION INTESTINALE AIGUE D'ORIGINE URÉMIQUE

Richardson, Merklen, paraissent avoir entrevu l'existence de ces faits. En 1895, Siredey en rapporte un cas. Paul Delbet, dans un article de la *Presse Médicale*, apporte 3 observations, dont voici le bref résumé :

Premier cas. — Chez un malade présentant les signes d'un néoplasme sigmoïdien compliqué d'occlusion, on intervient par laparotomie. On trouve seulement un intestin rétracté, sans obstacle ni lésion extérieurement appréciable. Après l'opération, on s'aperçut qu'il s'agissait d'une néphrite compliquée d'accidents urémiques.

Le deuxième cas fut tout à fait analogue. Le diagnostic de néoplasme paraissait encore devoir être porté. Mais la connaissance du cas précédent mit le chirurgien en défiance; l'oligurie, l'albuminurie, la présence d'un léger degré d'œdème, permirent de poser le diagnostic véritable; la guérison, après mise au régime lacté absolu, montra l'exactitude de cette hypothèse.

Troisième cas. — Occlusion intestinale aiguë. On faillit opérer. Puis on remarqua l'existence d'œdèmes fugaces et d'albuminurie; guérison après le traitement médical.

En 1910, Reynier et Lechevallier présentent à la Société Anatomique de Paris l'observation qui va suivre, et qui a fait le sujet de la thèse de Blanchet sur l'urémie occlusive.

OBSERVATION CXLII (résumée)

(REYNIER et LECHEVALLIER)

Pseudo-occlusion intestinale d'origine urémique.

Une femme de 51 ans est amenée d'urgence, dans la nuit, avec le diagnostic d'occlusion d'origine néoplasique. Facies excavé, chemise tachée de vomissements fécaloïdes, douleurs abdominales généralisées, ni gaz, ni matières depuis cinq jours.

Examen. — Ventre météorisé, tympanisme; pas de défense musculaire, mais hyperesthésie généralisée, maxima à la région épigastrique et dans la fosse iliaque droite. Toucher vaginal, négatif; le rectum est rempli de matières dures. Pas de fièvre. Pouls à 140, petit.

On ne juge pas à propos d'intervenir; le lendemain, le diagnostic d'urémie se confirme : myosis, anurie. La famille, interrogée, révèle que la malade souffrait de malaises, petits signes du brightisme. Mort dans le coma, vingt-quatre heures après.

Autopsie. — Aucune sténose intestinale; sur le côlon transverse, plaques de piqueté hémorragique longues de 15 centimètres, ovalaires, s'arrêtant à 5 centimètres de l'angle splénique. Reins atrophiques avec néphrite scléreuse intense.

A l'étranger, ces faits ne sont pas ignorés: dans un article sur les affections extra-abdominales simulant des maladies aiguës intra-abdominales, Riesman signale un cas d'urémie à forme d'obstruction intestinale. Körte y a consacré une étude importante où l'on trouve quatre cas inédits.

D'après l'étude de tous ces cas, le *diagnostic du pseudo-iléus d'origine urémique* ne paraît devoir être bien difficile, pourvu qu'on ait l'attention attirée sur sa possibilité; les accidents ont un début lent et progressif, le métorisme, comme le remarque Paul Delbet, n'est pas aussi considérable qu'il devrait l'être dans une occlusion de même durée; les vomissements sont surtout muqueux, indépendants de toute contraction intestinale; ils ne sont pas fécaloïdes. Le facies très particulier de ces malades, leur pâleur très spéciale avec bouffissure légère, doivent encore attirer l'attention. L'exa-

men des urines n'emporte pas toujours le diagnostic : un degré l'oligurie voisin de l'anurie n'est pas rare dans l'occlusion intestinale sévère ; d'autre part, dans les cas que nous envisageons, on ne trouve pas toujours une albuminurie massive caractéristique : il peut s'agir en effet de néphrite hypertensive sans oligurie et avec albuminurie discrète ou inexistante. *Le dosage de l'urée sanguine doit donc être toujours pratiqué* : certes au cours d'une occlusion, l'azotémie s'élève de quelques centigr., mais elle n'atteint pas les chiffres très élevés qu'on trouve dans l'occlusion d'origine urémique (voir plus bas observation personnelle).

Il y a certainement un parti à tirer, dans le diagnostic, de l'examen chimique du sang au point de vue de sa teneur en chlorures. Les recherches effectuées dans ce sens sont trop récentes pour qu'on puisse en tirer des conclusions précises, mais il y a là un terrain nouveau à explorer au point de vue pathogénique.

Il est pourtant des circonstances où les difficultés du diagnostic peuvent devenir plus considérables encore : voici un cas où la brusquerie du début, la sévérité des phénomènes d'occlusion, l'intensité des douleurs poussèrent à une laparotomie.

OBSERVATION CXLIII (résumée)
(WOSNESSENSKY)

*Embolie bilatérale de l'artère rénale combinée
avec un iléus spastique.*

Femme de 52 ans. Depuis quatre jours, douleurs violentes.

tes à l'épigastre, vomissements, arrêt des gaz. Anurie depuis quarante-huit heures. Pouls, 90. Abdomen uniformément ballonné, tympanique, douloureux à la palpation, surtout à droite. Le cathétérisme retire un peu d'urine sanglante. La radiographie ne montre pas de calcul.

Le huitième jour après le début des accidents, la persistance et l'aggravation de phénomènes d'occlusion conduit à une laparotomie.

L'estomac et le gros intestin sont fortement distendus; certains segments de l'intestin grêle montrent le même état de distension. Ils sont séparés par des segments en état de très forte contraction spasmodique, dont l'aspect est celui de cordons minces et durs. Cet état de contracture de ces segments intestinaux est permanent, et ne se relâche pas pendant toute la durée de l'intervention. L'examen de tout le tractus digestif ne montra pas d'altération pathologique; on enleva les annexes gauches qui étaient le siège d'un hydrosalpinx.

Après l'opération, persistance des vomissements; deux cuillerées à soupe d'urines sanglantes. Un lavement donne quelque amélioration. Mais l'état général s'aggrave rapidement. Mort six jours plus tard.

L'autopsie montra une embolie oblitérant les deux artères rénales avec infarctus total des deux reins.

Il est certain que parmi les accidents abdominaux aigus symptomatiques d'une affection chirurgicale du rein, un certain nombre trouvent leur explication dans l'urémie latente. Beaucoup d'accidents abdominaux fugaces consécutifs aux opérations rénales extrapéritonéales, nous paraissent entrer dans ce cadre.

C. FORMES POST-OPÉRATOIRES DE L'URÉMIE OCCLUSIVE

Après toute intervention chirurgicale, il est de règle

d'observer une augmentation passagère du taux de l'azotémie (Arnaud).

Il n'est pas étonnant qu'une opération portant sur le rein, même si c'est une opération conservatrice, détermine de même une poussée azotémique. La néphropexie en particulier, provoque souvent une très notable augmentation du taux de l'urée sanguine (Commenge).

Le mécanisme ne consiste pas uniquement, comme dans les interventions ordinaires, en une résorption de produits de désintégration tissulaire; un réflexe réno-rénal d'inhibition vient sans doute troubler passagèrement le fonctionnement du rein opposé.

Chez un sujet en état d'instabilité azotémique, une intervention rénale peut donc provoquer une poussée d'urémie suffisamment brusque pour entraîner des désordres gastro-intestinaux et abdominaux passagers, troublant les suites opératoires. Cette question a été discutée, avec exemples à l'appui, dans le chapitre IX de la I^{re} partie. Nous rappellerons que certains auteurs (Gayet) voient dans cet état d'urémie transitoire la cause habituelle des occlusions post-opératoires constatées en Urologie.

D. PATHOGÉNIE DU PSEUDO-ILÉUS D'ORIGINE URÉMIQUE

Les auteurs qui ont traité la question expliquent les phénomènes d'iléus dans l'urémie gastro-intestinale de la façon suivante:

1. Excrétion de substances nocives par l'intestin;
2. Irritation de la muqueuse intestinale par ces substances, d'où la production d'ulcérations;

3. Ces ulcérations, ou bien la réaction inflammatoire qui les entoure, agiraient sur les plexus nerveux des tuniques intestinales et, par réflexe, il en résulterait soit des phénomènes de spasme, soit une paralysie localisée ou généralisée du tube digestif.

Cette hypothèse ne peut cadrer qu'avec l'existence de lésions muqueuses suffisamment anciennes et profondes pour retentir sur le plexus d'Auerbach et de Meissner. Les phénomènes d'occlusion devraient être constatés uniquement au cours d'accidents urémiques progressifs: c'est en effet le cas habituel; mais il est des occlusions d'origine urémique qui se constituent brutalement, en quelques heures, sans phase prémonitoire d'urémie gastro-intestinale chronique. D'autre part, l'autopsie n'a pas toujours montré des ulcérations de la tunique muqueuse.

Voici deux observations avec nécropsie qui viennent à l'appui de ce fait:

OBSERVATION CXLIV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Urémie à forme d'occlusion intestinale chez un tuberculeux urinaire.

D... Gaston, 40 ans, est porteur d'une cystostomie sus-pubienne et d'un drainage périnéal pour collection supprimée périvésicale. Il avait été envoyé en convalescence à l'Asile de Sainte-Foy-l'Argentière. Il est renvoyé d'urgence, le 14 mai 1926, avec le diagnostic d'occlusion intestinale : vomissements depuis plusieurs jours, ballonnement considérable, ni selles, ni gaz.

A l'entrée, vomissements incessants, température 36°, la sonde sus-pubienne fonctionne, mais donne peu d'urine; on pense à des phénomènes urémiques; effectivement, le dosage de l'urée sanguine donne le chiffre de 5 gr. 40 par litre. Le traitement classique (saignée, etc...) est immédiatement institué, mais, le 16 mai au soir, l'état a empiré, le malade est obnubilé, froid, avec respiration de Cheyne-Stokes; il meurt le 17 mai au matin.

Autopsie. — La vessie est pleine de pus; à la place de la prostate existe une cavité purulente à parois épaisses des dimensions d'un abricot. Les deux reins sont gros et renferment de multiples cavernes pleines de pus; l'atmosphère périrénale est transformée en une gangue scléreuse.

Le foie est normal, pas de lésion sur l'intestin ni sur l'estomac. Il existe, au niveau de la plèvre droite, des signes de tuberculose ancienne.

OBSERVATION CXLV

(Due à l'obligeance de M. le Professeur TIXIER)

Occlusion intestinale d'origine urémique.

M... Françoise, 50 ans, est envoyée dans le service par M. le Docteur Lyonnet, le 12 juin 1911. On a perçu chez cette malade une tumeur profonde siégeant à droite dans la région sous-hépatique et l'on désire avoir sur ce cas un avis chirurgical.

A peine arrivée dans le service, la malade est prise de vomissements incoercibles, d'arrêt des matières et des gaz; le ballonnement du ventre est énorme; on ne constate pas d'onde péristaltique; le pouls est petit et rapide; le cathétérisme ne retire que quelques grammes d'urines.

Le syndrome d'occlusion est tellement intense que malgré l'existence de phénomènes urémiques on est amené à pratiquer, au bout de quarante-huit heures, un anus cæcal.

Le lendemain de l'intervention, la malade entraît progressivement dans le coma et mourait.

L'autopsie montra deux reins volumineux, dont les bassinets distendus étaient remplis de pus. Le rein droit était le plus volumineux et le plus malade. La vessie contenait également du pus. Aucun calcul ne fut trouvé dans l'arbre urinaire. En somme, infection rénale ascendante. La vésicule biliaire ne contenait pas de calcul. L'intestin, entièrement examiné, ne présentait macroscopiquement aucune altération digne d'être notée.

Comment se produisent, dans ces cas où le tube digestif paraît anatomiquement normal, les phénomènes occlusifs? Il semble logique d'admettre des *lésions toxiques portant directement sur les éléments nerveux du plexus solaire*; de même que, au niveau de l'encéphale, ces lésions toxiques provoquent des phénomènes convulsifs (voir thèse de Thiers, Lyon 1927), de même localisées sur les centres moteurs de l'intestin, elles pourront occasionner des spasmes ou des phénomènes paralytiques du tube digestif. Nous regrettons de n'avoir pas eu l'occasion de vérifier, comme l'a fait dans d'autres circonstances Laignel-Lavastine, l'état du plexus solaire par des examens histologiques; nous espérons trouver, dans des recherches de ce genre, la confirmation de notre hypothèse.

CHAPITRE IV

Relations par voie nerveuse : Les réflexes réno-digestifs

Il n'est pas rare que le rententissement d'une maladie rénale sur les organes digestifs ne puisse trouver son explication, ni dans les rapports anatomiques directs des reins avec le tractus gastro-intestinal, ni dans les phénomènes toxiques engendrés par l'urémie.

Qu'on veuille bien relire attentivement certaines observations de calculs du rein, de petites hydronéphroses, de tuberculoses rénales au début, d'infections rénales minimales, on n'y rencontrera ni la compression du tube digestif par un rein volumineux, ni un degré d'azotémie supérieur à la normale, ni une périnéphrite suffisamment intense pour atteindre les tuniques intestinales.

Dans la plupart de ces cas, les troubles gastro-intestinaux ont éclaté brusquement, ils atteignent à la fois, sans corrélation apparente, plusieurs étages du tube

digestif; la suppression de la maladie rénale les a guéris de façon presque instantanée. Comment, dans ces conditions, ne pas songer à une corrélation d'ordre nerveux? Dans d'autres départements de la pathologie, on prononce le mot de réflexe pour bien moins que cela.

HISTORIQUE. — Il y a d'ailleurs longtemps que le mot de réflexes réno-digestifs a été prononcé. Guyon, Legueu, Israel y ont fait allusion, à propos surtout de la colique néphrétique. Sternberg y voit l'explication des manifestations gastro-intestinales de la lithiase rénale. Et c'est encore au sujet de la lithiase rénale que Loeper, dans ses leçons de pathologie digestive, émet des réflexions pathogéniques basées sur un schéma des connexions nerveuses du plexus rénal. On retrouve l'équivalent de ce schéma dans le travail de Lucr.

A propos des hydronéphroses, il a été question maintes fois de ces phénomènes réflexes. Landau semble avoir été le premier à les signaler. Terrier et Baudoin notent leur existence dans l'hydronéphrose intermittente. On en parle fréquemment aussi à propos du rein mobile.

Malgré cela, les réflexes réno-digestifs ont été fort peu étudiés et il est probable qu'on leur attribue une importance trop minime dans la pathologie digestive comme dans la pathologie rénale. Au 2^e Congrès international d'Urologie (Rome, 1924), la physiologie de l'innervation rénale était à l'ordre du jour. Parmi les rapporteurs, Ambard ne signala pas les réflexes réno-digestifs. Pasteau prononça le mot de réflexe réno-gastrique sans insister. Sérès, Bartrina, firent sur ce sujet

de brèves communications. Dans les traités les plus récents, tels que le traité de Physiologie normale et pathologique de Roger, paru en 1928, il n'en est pas question. Cependant, à propos de l'énervation rénale, Flandrin signale ces faits dans les Archives de Necker. Nous nous sommes efforcés de rassembler dans la littérature les quelques expériences physiologiques déjà publiées à ce sujet; nous y avons joint les faits cliniques les plus significatifs; de plus, nous avons pratiqué nous-même une série d'expériences dans le laboratoire de M. le Professeur Doyon, sous la direction de Mmè Vincent, chef de travaux pratiques de physiologie, que nous remercions bien vivement de sa précieuse collaboration.

Mais, avant d'expérimenter, nous avons tenu à vérifier l'existence d'anastomoses unissant les plexus digestifs au plexus rénal. Nous ferons donc précéder d'une étude anatomique l'étude physiologique des réflexes réno-digestifs.

Etude Anatomique

La question de l'innervation rénale a été à l'ordre du jour pendant ces dernières années: les travaux anciens de Wrisberg, Hirschfeld, Frankenhauser, les travaux même plus récents (Renner) ont paru insuffisants du jour où l'on a voulu connaître de façon très précise les filets du plexus rénal, pour en pratiquer la section chirurgicale. L'étude surtout chirurgicale d'Ambard et Papin a déclenché toute une série de recherches anatomo-

miques. Latarjet et Bertrand publient, dans le *Lyon Chirurgical* de juillet 1923, un article très précis, qui

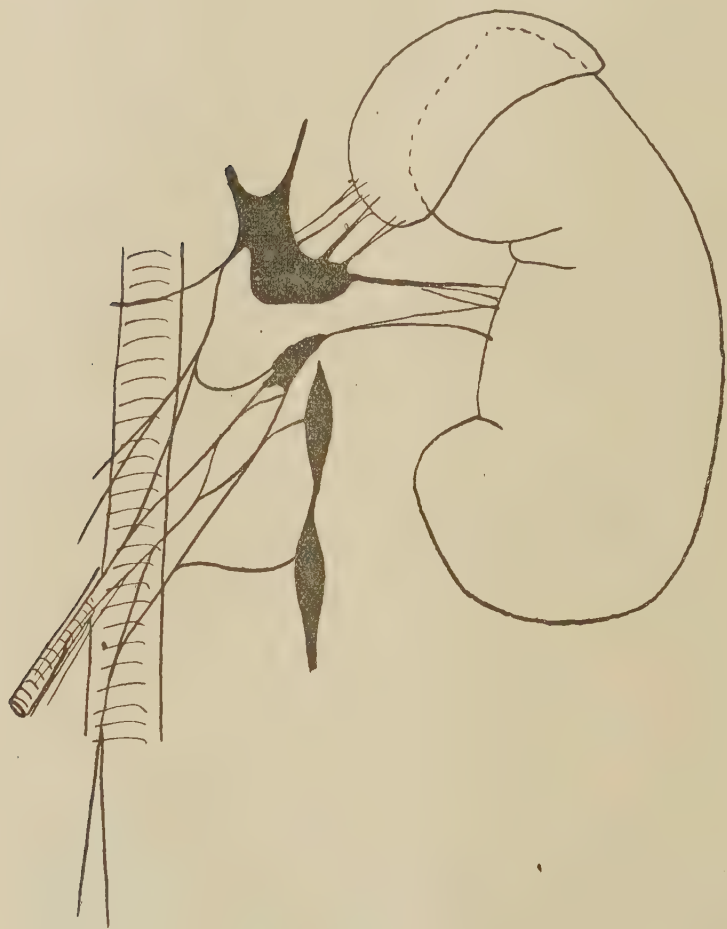


FIG. 4. — Nerfs du rein gauche (fœtus). Vue antérieure. L'artère M. I. est réclinée à droite. Le ganglion M. I. est remplacé par des fibrilles plexiformes.

est une véritable mise au point de la question, et auquel nous avons fait de nombreux emprunts. Puis Petit-Du-

taillis et Flandrin, dans le *Bulletin de la Société anatomique* du 27 octobre 1923, apportent de nouveaux documents, auxquels s'ajoutent la thèse parisienne de Walther, les travaux allemands de Hirt, et un court article de Vincent dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille*.

Nous rappellerons brièvement la constitution du plexus rénal, telle qu'elle paraît résulter de ces récentes descriptions.

Les rameaux du plexus rénal se glissent en deux groupes le long du pédicule rénal (Latarjet) :

1° *Le groupe antérieur* est formé par 4 à 6 rameaux venus de la partie inférieure du plexus solaire, et de sa continuation avec le plexus mésentérique supérieur. Là se trouve habituellement un ganglion, parfois multiple (Walther), généralement distinct du ganglion semi-lunaire : c'est le ganglion aortico-rénal. Situés à la partie inféro-externe de la masse solaire, les ganglions aortico-rénaux, l'un droit, d'autre gauche, s'étendent transversalement le long de l'origine de l'artère rénale correspondante, empiétant sur sa face antérieure. Ils reçoivent par leur face postérieure des fibres du petit splanchnique.

Les filets du groupe antérieur sont satellites de l'artère rénale ; rarement, quelques-uns passent en avant de la veine rénale. On observe parfois sur leur trajet un petit renflement ganglionnaire.

2° *Le groupe postérieur* continue la direction des nerfs splanchniques, qui fournissent le plus grand nombre de ses filets. *Le nerf grand splanchnique* fournirait, selon Wrisberg, Hirschfeld, Frankenhauser un filet direct au

plexus rénal. Latarjet et Bertrand n'ont pas retrouvé ce filet. Pour Hovelacque il se jetterait sur une des branches qui, du ganglion semi-lunaire, gagne le plexus rénal.

Le *petit splanchnique* envoie un grand nombre de filets au plexus rénal; de même, le *nerf splanchnique inférieur*, quand il existe, gagne ce plexus (nerf rénal postérieur de Walther).

Le premier, et parfois le deuxième *ganglions lombaires* du sympathique s'anastomosent presque régulièrement avec ces filets nerveux; le phrénique droit pourrait même contracter avec eux des connexions (Eisler, Petit-Dutaillis et Flandrin).

Tous ces rameaux nerveux suivent les bords supérieur et inférieur de l'artère rénale, et présentent souvent un renflement ganglionnaire, le *ganglion rénal postérieur de Hirschfeld*.

3° *Terminaisons nerveuses rénales et périrénales*. Du plexus rénal partent deux groupes de rameaux qui, satellites des artères, s'enfoncent dans le rein, les uns à la partie supérieure du sinus, les autres à sa partie inférieure. De ces derniers se détache le nerf urétéral supérieur (Latarjet). D'innombrables auteurs ont étudié les terminaisons nerveuses dans le rein (Retzius, Kolliker, Smirnow, Renner). Papin classe ces terminaisons nerveuses de la manière suivante :

a) Terminaisons dans les parois vasculaires: on peut les suivre sur les artères interlobulaires et même sur des artères plus petites.

b) Dans les corpuscules de Malpighi.

c) Dans les tubes contournés (Smirnow).

- d) Dans la capsule et les espaces interstitiels.
- e) Dans les calices et le bassinnet.
- f) Dans le péritoine prérénal. Kappis a particulièrement insisté sur ces ramifications nerveuses, d'origine

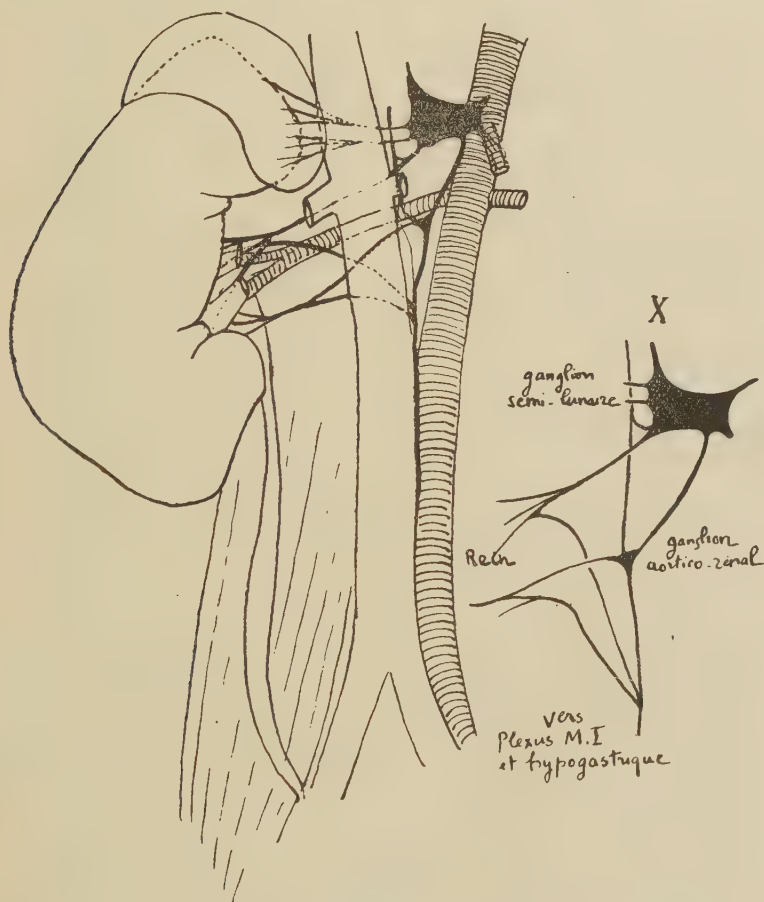


FIG. 5. — Nerfs du rein droit (adulte). Dessin et schéma d'après une préparation personnelle.

vago-sympathique, aboutissant en certains points à des corpuscules du type Vater-Pacini. Ces fibres, certaine-

ment centripètes, paraissent jouer un grand rôle dans les phénomènes réflexes à point de départ rénal.

4° *Des anastomoses du plexus rénal.* Il est bien évident qu'au niveau de l'énorme carrefour nerveux du plexus solaire, les nerfs du rein contractent des connexions nerveuses avec tous les viscères abdominaux. Mais il existe des anastomoses plus directes encore sur lesquelles nous voulons insister.

a) *Anastomoses avec les nerfs surrénaux*; elles ont été soigneusement décrites dans le travail de Latarjet et Bertrand. Ces auteurs ont vu les nerfs de la surrénale se partager en deux pédicules: interne, d'origine solaire; postérieur, de source splanchnique. Ce deuxième pédicule est relié constamment par 3 ou 4 filets nerveux à la partie postérieure du plexus rénal, « il y a peut-être lieu de chercher, dans ce fait anatomique, l'explication des symptômes asthéniques et douloureux que l'on peut observer dans les néphroptoses, en même temps que l'explication des phénomènes de choc parfois consécutifs à la néphrectomie (L.) ».

b) *Anastomoses avec le plexus mésentérique supérieur.* La partie postérieure du plexus rénal (ganglion rénal postérieur de Hirschfeld) reçoit souvent une anastomose du plexus mésentérique supérieur (Hovelacque). Les ganglions aortico-rénaux sont parfois intimement unis au plexus M. S., et, de ces ganglions aortico-mésentériques, partent à la fois des filets destinés au rein et des nerfs se rendant à l'estomac (région pylorique; ou aux voies biliaires. Cette disposition paraît plus fréquente du côté droit (Vincent).

c) *Anastomoses avec le plexus mésentérique inférieur.*

D'une façon à peu près constante, on voit se détacher, à droite comme à gauche, un rameau du plexus rénal, du ganglion aortico-rénal ou du ganglion rénal postérieur: ce filet, qui a parfois des racines multiples, se condense en un tronc unique longeant l'aorte et se porte vers l'origine de l'artère M. I. C'est le *nerf mésentérique inférieur* (Petit-Dutaillis et Flandrin). Son origine a lieu fréquemment sur la partie moyenne du plexus rénal.

Walther fournit une description un peu différente de ces « *rameaux intermésentériques* ». Pour lui, il existe un rameau préaortique né du ganglion surreno-splanchnique, s'anastomosant au passage avec les ganglions lombaires et le plexus rénal, dont il croise perpendiculairement la face postérieure.

Malgré ces divergences de description, on voit qu'il existe constamment des anastomoses du plexus R. avec le plexus M. I. (nerfs de la partie inférieure du gros intestin et plexus hypogastrique supérieur). Ces connexions nous ont paru plus intimes avec le plexus rénal gauche. En effet, le nerf mésentérique inférieur gauche se jette en général tout entier dans le plexus M. I. par l'intermédiaire du *ganglion mésentérique inférieur*. Ce ganglion, peut-être déjà figuré par Frankenhauser (1867), a été décrit par Gil-Vernet et Gallart-Monès, qui l'ont trouvé d'abord chez le fœtus, puis chez l'adulte. « Ce ganglion est impair et médian, placé sur la face antérieure de l'aorte, à l'origine de l'artère M. I., immédiatement sous le péritoine. Il reçoit deux ou trois filets des ganglions sympathiques lombaires; de son extrémité supérieure partent des filets ascendants qui se dirigent vers le plexus rénal, en s'anastomosant avec les

mailles de ce plexus, et, très fréquemment, avec le ganglion rénal postérieur; de son extrémité inférieure par-

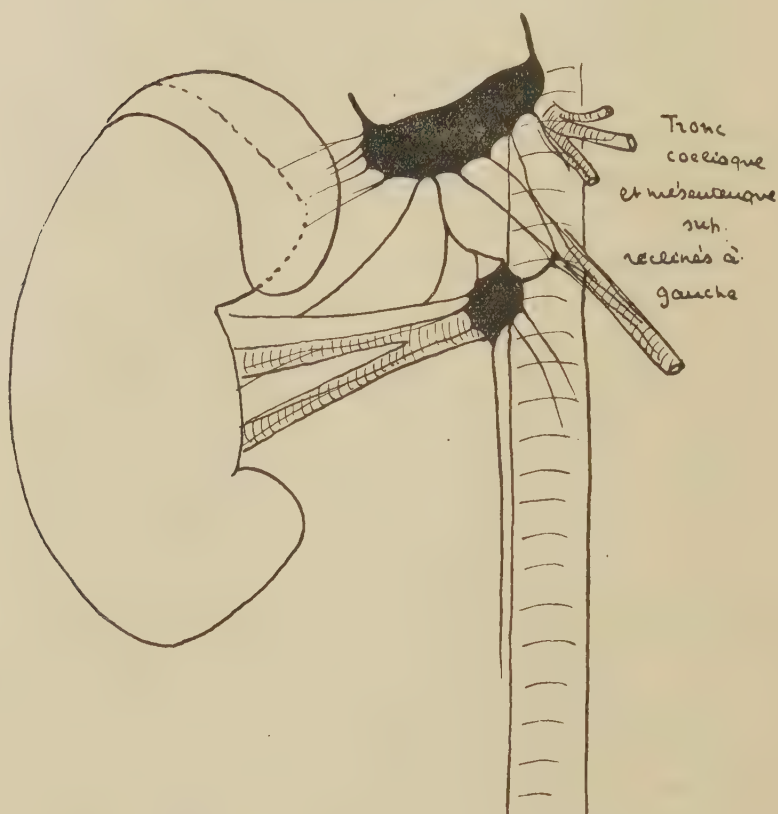


FIG. 6. — Nerfs du rein droit (fœtus).

Nota. — Les masses ganglionnaires paraissent proportionnellement énormes. Il en est ainsi dans la réalité : les ganglions solaires nous ont toujours semblé très volumineux chez le fœtus.

tent deux filets, destinés l'un au plexus hypogastrique (corrélacion vésico-rénale), l'autre au gros intestin (corrélacion réno-digestive).

Nous avons tenu à vérifier nous-mêmes, par une série de dissections, l'existence de ces diverses anastomoses.

Dissections personnelles ⁽¹⁾.

(Voir fig. 4, 5, 6, 7, p. 274 sq.)

Nos recherches ont porté sur 8 sujets (4 adultes, dont 2 non injectés, et 4 fœtus non injectés).

1° *Anastomoses du plexus rénal droit* avec les nerfs de l'appareil digestif. Les anastomoses avec le *plexus mésentérique supérieur* s'établissaient 3 fois sur 8 par l'intermédiaire du ganglion semi-lunaire; 5 fois sur 8 il existait des filets directs unissant le plexus rénal au plexus de la mésentérique supérieure. Il nous a semblé que cette dernière éventualité était plus fréquente lorsque la M. S. naissait bas sur le tronc aortique, près de l'origine des artères rénales (voyez fig. R. D. fœtus); les anastomoses avec le *plexus cœliaque* (innervation gastrique, hépatique) se font indirectement, par l'intermédiaire de la masse ganglionnaire solaire.

Les anastomoses avec le *plexus mésentérique inférieur* s'établissent par un ou deux longs filets qui naissent du ganglion aortico-rénal droit, et descendent sur la face antéro-latérale droite de l'aorte pour rejoindre le plexus ou le ganglion mésentérique inférieur. 4 fois sur 8, des filets venus directement du plexus rénal, et en particulier une fois d'une petite masse ganglionnaire visible au sein de ce plexus, rejoignaient obliquement ces filets intermésentériques en se glissant derrière la veine cave inférieure (voyez fig. R. D. adulte).

(1) Nous remercions de tout cœur notre ami, le Docteur J. Cibert, Prosecteur à la Faculté, qui a bien voulu prêter son talent de dessinateur à nos schémas de dissections.

2° *Anastomoses du plexus rénal gauche.* Elles nous ont paru être toujours indirectes avec les plexus cœliaque et mésentérique supérieur : les connexions s'établissaient par l'intermédiaire des ganglions solaires. Au contraire, dans tous les cas, il existait plusieurs filets anastomotiques avec le *plexus mésentérique inférieur* : les uns provenaient du ganglion aortico-rénal, les autres directement du plexus rénal (voyez fig. R, G.).

Nous n'avons trouvé que 2 fois sur 8 le ganglion mésentérique inférieur à la place indiquée par Gil-Vernet. Il est vrai que, dans tous les cas, il existait à l'origine de l'artère M. I. une intrication de fibres nerveuses provenant des nerfs intermésentériques ; 3 fois l'examen histologique y a décelé des cellules ganglionnaires. Les filets anastomotiques du plexus rénal aboutissaient au point où se trouvait cette intrication nerveuse.

Nous sommes donc porté à *conclure qu'au point de vue anatomique* :

a) Il existe toujours des connexions nerveuses importantes entre les plexus rénaux et les plexus digestifs.

b) Les anastomoses du plexus rénal droit sont plus directes avec le plexus cœliaque et le plexus mésentérique supérieur que celles du rein gauche :

c) Les anastomoses du plexus rénal gauche sont plus directes avec le plexus mésentérique inférieur.

d) Il existe de nombreuses variations individuelles, qui sont peut-être subordonnées au point d'émergence relatif des artères rénales et des artères mésentériques sur la face antérieure de l'aorte.

En somme, le rein droit a des connexions plus étroites avec l'innervation de l'estomac, du grêle et de la portion

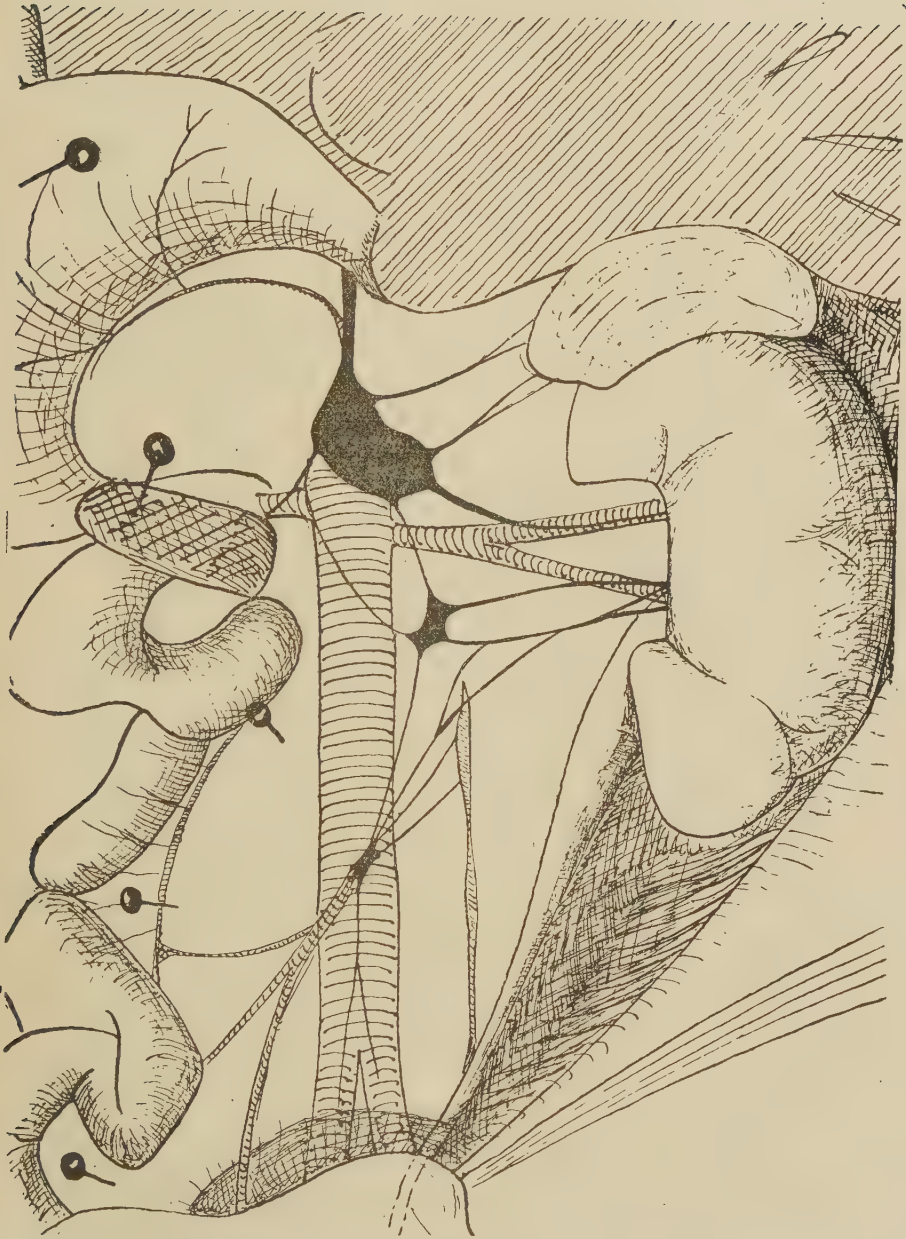


FIG. 7. — Nerfs du rein gauche (foetus). On note l'existence du ganglion mésentérique inférieur.

droite des colons; le rein gauche contracte des relations par voie nerveuse surtout avec le colon descendant et le rectum.

Etude physiologique

Les preuves expérimentales de l'existence des réflexes réno-digestifs sont peu nombreuses. La première expérience qu'on puisse citer est plutôt un fait clinique.

Sinitzine eut l'occasion d'observer un enfant de 12 ans atteint d'extrophie vésicale. Il eut l'idée d'oblitérer pendant quelques instants, à l'aide de bougies N° 14, les orifices urétéraux pour assister aux phénomènes réflexes qui résulteraient de la distension du bassin. Au bout de 15 minutes, il vit se produire, en même temps que des douleurs irradiées au creux épigastrique, des sueurs, des battements de cœur et surtout des nausées et des vomissements. Actuellement, au cours des lavages du bassin et des pyélographies, on a journellement l'occasion d'assister à des phénomènes réflexes de ce genre.

Notre ami le Docteur Jean Cibert a bien voulu nous communiquer l'observation suivante qui a la valeur d'un fait expérimental, établissant l'existence du réflexe réno-gastrique.

M. B..., 32 ans, présente depuis huit ans, par intermittences, une douleur lombaire droite au moment de la miction;

cette douleur s'accompagne de nausées et parfois de légères régurgitations.

La cystoscopie a montré des orifices urétéraux béants (pièce de 50 centimes). Seul, le droit a pu être cathétérisé. Par injection de collargol dans la vessie, on garnit du même coup l'uretère droit (flexueux, dilaté, large comme le pouce) et le bassinnet droit (volume du poing). En même temps, le malade accuse les nausées et les régurgitations qui se produisent parfois pendant la miction. A travers son uretère forcé, cet homme réalisait donc, à chaque miction, une injection de son bassinnet droit, dont la distension provoquait le réflexe réno-gastrique.

L'existence des réflexes réno-digestifs a été démontrée par les *expériences de Surmont et Dubus*. Chez le chien, l'excitation mécanique de l'uretère, notamment par distension, provoque des contractions du colon enregistrables par la méthode graphique: une seule excitation entraîne des contractions coliques répétées d'amplitude progressivement croissante.

Soupault et Jouaust, ont provoqué chez le lapin, par excitation de divers organes dépendant du plexus solaire, et en particulier par excitation du rein, des selles glaireuses et des perturbations de la motricité colique analogues à celles qu'on observe dans l'entérocolite muco-membraneuse. On voit intervenir là, à côté d'un réflexe moteur, *un réflexe sécrétoire* au niveau du gros intestin.

Nous avons pratiqué nous-même un certain nombre d'expériences dont voici le bref résumé.

Expériences personnelles

EFFETS DES INJECTIONS RÉTRO-PÉRITONÉALES

Ces premières expériences ont été pratiquées sur des cobayes. Incision latérale donnant accès sur la région rénale à travers le péritoine, en évitant toute manipulation intempestive de l'intestin. Injection derrière le péritoine prérénal, dans le voisinage du pédicule, d'une certaine quantité de sérum physiologique à 30°. L'injection est poussée brusquement, de façon à réaliser une distension brutale des tissus. Au bout de quelques minutes, on ouvre la cavité péritonéale par une large incision qui permet d'observer les modifications de l'intestin dans toute sa longueur. Sur un cobaye témoin, qui n'a pas reçu d'injection préalable, on observe simplement des mouvements péristaltiques de l'intestin au contact de l'air (à noter que le cobaye ne doit pas être anesthésié ni attaché trop brutalement, car l'asphyxie provoque des contractions péristaltiques).

Sur les cobayes qui ont reçu une injection, nous avons trouvé plusieurs fois des modifications très spéciales de l'intestin. Certains segments étaient très dilatés, congestionnés, comme frappés de vasodilatation et de paralysie; les segments intermédiaires étaient pâles, contracturés, filiformes.

Nous croyons qu'on peut rapprocher ces modifications de certaines constatations faites opératoirement au cours du syndrome rétropéritonéal (cf. obs. Tixier, Hugnier et Parvu, etc.).

INFLUENCE DES EXCITATIONS RÉNALES ET PÉRIRÉNALES
SUR LA MOTRICITÉ GASTRO-INTESTINALE

Nous nous sommes proposé de vérifier l'influence des excitations du rein, du plexus rénal, de la muqueuse du bassinet et du péritoine prérénal sur les mouvements de l'estomac et de l'intestin. Nous avons cherché, en même temps, l'influence de ces excitations sur la pression artérielle et les mouvements respiratoires.

Dispositif expérimental général. — Les expériences ont été faites sur des chiens à jeûn depuis 24 heures, ayant reçu une injection de morphine avant l'anesthésie chloroformique. Pression artérielle prise à la carotide (voir fig. 8 et 9, p. 288).

Les tracés de contractilité du tube digestif furent enregistrés, après laparotomie, au moyen d'une ampoule exploratrice remplie d'eau tiède à pression modérée, placée dans la cavité intestinale ou gastrique et reliée d'autre part à un tambour inscripteur à air de Marey. On a évité de pratiquer sur le tube digestif des ligatures circulaires susceptibles d'en modifier la motricité: l'ampoule exploratrice était fixée à la petite plaie latérale servant à son introduction par quelques points de soie. Dans le cas de l'estomac, la vessie exploratrice fut introduite par l'œsophage, sans incision de la paroi gastrique. On a pris toutes les précautions pour éviter les phénomènes parasites dus à des variations dans l'état de narcose de l'animal, à l'influence du froid sur les viscères abdominaux; on s'est abstenu de toute manipulation susceptible d'influencer directement les ampoules exploratrices. Après chaque expérience, on a vérifié le bon

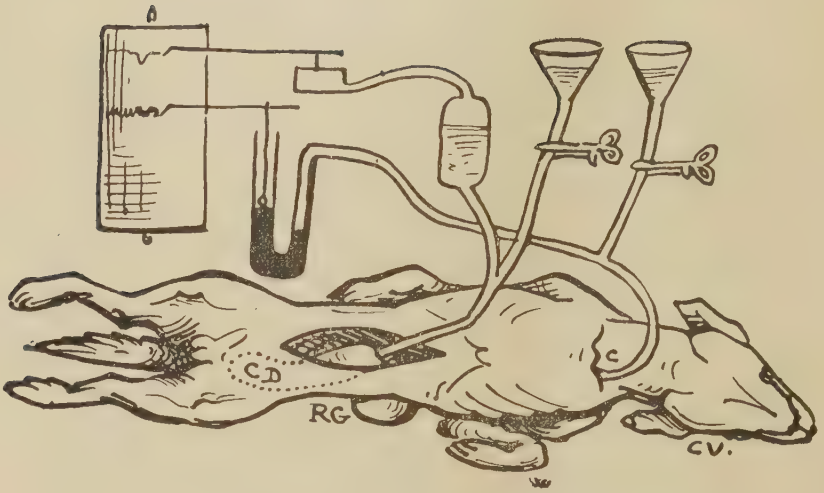


FIG. 8. — Enregistrement graphique des contractions intestinales et de la pression artérielle pendant des excitations de l'appareil rénal.

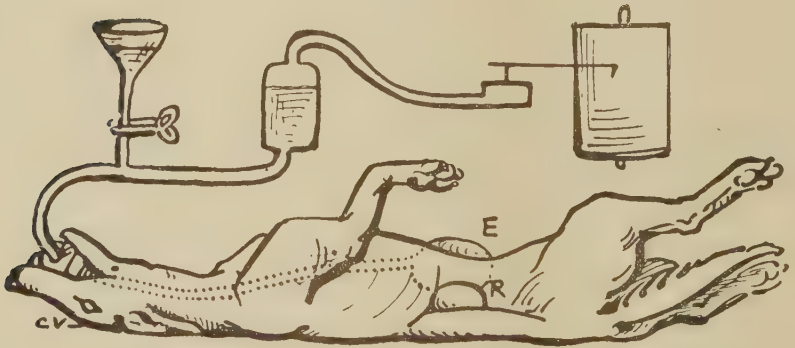


FIG. 9. — Enregistrement graphique des contractions gastriques pendant des excitations de l'appareil rénal.

fonctionnement du dispositif expérimental au cours de conditions à résultat connu (excitation du pneumogastrique, section du bulbe, asphyxie, action de la pilocarpine).

EXPÉRIENCE I

Vieux chien mâle, 12 kilos, à jeûn, chloroforme. Ampoule exploratrice dans une des anses terminales du grêle. Tentatives infructueuses de mise en place d'une canule dans l'artère mésentérique supérieure. Prise de la pression artérielle au niveau de la carotide.

Au bout d'un quart d'heure, les lignes de tracés intestinale et carotidienne étant horizontales, on pratique une irritation légère par grattage de la face antérieure du rein gauche; dix minutes après, torsion du pédicule rénal (demi-tour), puis tiraillement sur le pédicule. Il n'en est résulté **aucun accident** précis sur les courbes du tracé intestinal, **mais seulement** une baisse fugace de la tension artérielle. **Du fait** d'incidents survenus à l'appareillage, les tracés n'ont pas été poursuivis longtemps et l'animal a été sacrifié.

EXPÉRIENCE II (voir tracé planche I hors texte)

Gros chien mâle, adulte, à jeûn, morphine, chloroforme. Laparotomie médiane : ampoule exploratrice dans le côlon descendant. Pression artérielle carotidienne.

Incision latérale au flanc gauche pour l'abord du rein. (Voir schéma p. 288.)

Après dix minutes de tracé au repos, irritation par grattage léger, pendant 30 secondes, de la face antérieure du rein. On a presque aussitôt une inhibition de la motricité intestinale se traduisant par une chute de la courbe qui revient ensuite à la normale.

Une demi-minute après, nouvelle inhibition intestinale peu marquée et fugace. Au bout de 5 minutes, on renouvelle la même manœuvre d'excitation; même inhibition de la motricité.

Au bout d'un nouveau repos de 5 minutes, même manœuvre qui donne deux ondes successives d'inhibition.

Repos de 10 minutes, puis excitation brutale du rein saisi dans une pince de Museux, avec tiraillement du pédicule, pendant une minute : la chute du tracé est brutale, très marquée, le retour à la normale plus lent que pour les premières excitations.

On a noté, en même temps, une accélération des mouvements respiratoires et une très légère hausse de la pression artérielle à chaque excitation.

EXPÉRIENCE III (voir tracé planche II hors texte)

Gros chien mâle, adulte, même technique que l'expérience II.

Après 15 minutes de tracé au repos, grattage de la face antérieure du rein sans résultat.

5 minutes après, extériorisation du rein et grattage du pédicule : léger renforcement de la contraction intestinale.

5 minutes après, extériorisation du rein et dissection du pédicule pendant 4 minutes : renforcement progressif du tonus intestinal, ondes péristaltiques menues et pressées.

Injection de 15 cc. d'eau tiède dans le bassinets poussée en 20 secondes, renforce légèrement ces phénomènes.

Une seconde injection d'eau tiède, dans le parenchyme rénal lui-même, donne, une minute et demie après, un train d'ondes péristaltiques.

Après 5 minutes de repos, une nouvelle dilacération du pédicule donne un train d'ondes péristaltiques.

Rien de net au point de vue des variations de la pression artérielle.

EXPÉRIENCE IV (voir tracé planche II)

Gros chien jeune, morphine-chloroforme. Enregistrement de contractions gastriques avec la technique de Morat (voir schéma p. 288).

Une sonde métallique portant à son extrémité une vessie pleine d'eau tiède est introduite dans l'œsophage et l'estomac, dont elle épouse les parois. L'autre extrémité est reliée à un tambour de Marey. On ouvre la paroi abdominale, pour diminuer l'influence des mouvements respiratoires sur le tracé gastrique.

Une incision lombaire permet d'exciter la région rénale droite sans manipulation susceptible d'influencer directement l'appareil inscripteur.

L'excitation de la face antérieure du rein, puis l'injection d'eau dans le bassin, puis l'extériorisation du rein et l'excitation directe des nerfs du pédicule, n'ont pas donné de modifications notables de la contractilité gastrique. Le dispositif expérimental a été vérifié par l'enregistrement de contractions gastriques provoquées par la pilocarpine.

Résultats généraux. — Les excitations variées pratiquées dans le domaine du rein et de son pédicule ont donné sur la motricité du tube digestif des résultats inconstants, mais cependant très nets dans plusieurs expériences. Si les résultats furent sensiblement nuls au point de vue de l'influence réflexe du rein droit sur le péristaltisme gastrique, on a obtenu, par contre, par des excitations du rein gauche, une répercussion nette sur la motricité du colon. On a constaté tantôt une onde d'inhibition temporaire mais intense, tantôt un renforcement du péristaltisme, avec trains d'ondes successi-

ves et régulières. Ces résultats, assez différents en apparence, ne sont pas surprenants, étant donné ce que l'on sait de l'innervation complexe du tube digestif, et de ses réactions aux excitations réflexes.

D'autres expériences sont actuellement en cours, pour vérifier sur une plus grande échelle et analyser avec de plus amples détails les résultats déjà obtenus

Conception physio-pathologique des réflexes réno-digestifs

A la lumière de ces données anatomiques et expérimentales, on peut acquérir sur les réflexes réno-digestifs des idées susceptibles de nombreuses applications cliniques et opératoires. Envisageons successivement le point de départ, les centres et les voies centrifuges de ces réflexes.

A. POINT DE DÉPART DES RÉFLEXES. — L'excitation de la muqueuse pyélo-urétérale peut être réalisée par un calcul, un caillot sanguin, un grumeau purulent.

L'excitation des terminaisons nerveuses du bassinet par distension se produit dans l'hydronéphrose congénitale, calculeuse, etc., et au cours du reflux urétéral.

L'excitation de la substance rénale par une poche purulente ou hémorragique en tension se rencontre dans la tuberculose et les tumeurs du rein. Les phénomènes réflexes ne s'observent que si les lésions de ce genre sont juxta-corticales.

La traction sur les filets du plexus rénal, et indirectement sur le plexus solaire, se produit dans le rein mobile et les interventions rénales, particulièrement la néphropexie d'un rein mal libéré de ses adhérences. Une hémorragie périrénale réalise la distension et la dilacération de ces filets nerveux; le plexus solaire lui-même peut être atteint.

La traction sur le péritoine prérénal ou son excitation directe surviennent au cours des phlegmons et des hématomes périnéphrétiques, ou lorsqu'une hémorragie distend brutalement une tumeur ou un rein polykystique.

B. CENTRES ET POINTS DE RÉFLEXION. — Le plexus solaire paraît constituer le centre de réflexion habituel. Les phénomènes observés cliniquement ressemblent tout à fait aux syndromes solaires d'excitation et de paralysie décrits en 1853 par Cl. Bernard et étudiés à nouveau par Laignel-Lavastine, Glockner, Exner et Jaeger, etc.

Mais il y a peut-être des réflexes à circuit plus court passant par les ganglions rénaux et le ganglion mésentérique inférieur.

D'autre part, il existe certainement des réflexes à circuit plus long, remontant plus ou moins haut dans la moelle. Selon Kappis et Gino Pieri, les segments médullaires D12,L1 correspondraient aux reins.

Une question importante se pose ici: les diverses excitations envisagées plus haut se produisent très fréquemment; cependant les centres n'y répondent pas toujours. On n'observe pas de façon aussi courante les réflexes réno-digestifs. Il nous a semblé que plusieurs

conditions étaient nécessaires à la réalisation de ces réflexes.

1° *Nécessité de la sommation des excitations.* — Expérimentalement, une excitation rénale isolée ne donne pas toujours une réponse de la part des organes digestifs. On obtient des effets plus réguliers, plus intenses et plus durables par l'addition d'excitations de nature variée les unes aux autres. Ainsi, là où l'excitation corticale du rein a échoué, la combinaison de cette excitation avec une légère traction sur le pédicule rénal ou une distension pyélo-urétérale réussira souvent.

En clinique, il en est de même, et les affections rénales qui entraînent des réflexes digestifs y parviennent toujours par un mécanisme complexe. Dans la lithiase, il y a à la fois traumatisme de la muqueuse pyélique par le calcul et distension du bassinet; dans l'hydronéphrose, il se produit en même temps une distension pyélique et des tractions sur le péritoine prérénal; dans les hémorragies périrénales, l'excitation directe des plexus nerveux s'accompagne de la distension du péritoine par l'épanchement sanguin.

2° *Rôle de la prédisposition individuelle.* — Il y a certainement des individus prédisposés aux réflexes réno-digestifs. On a parlé de déséquilibre vaso-sympathique, mais c'est une pure hypothèse. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans plusieurs cas, nous avons observé des accidents récidivants et cela sous des formes différentes: par exemple chez des malades ayant eu des coliques néphrétiques à forme d'occlusion intestinale, des accidents réflexes d'iléus survenaient après une intervention sur le rein (obs. Mitry, Iselin, Gayet et Ricard).

3° *Rôle de la sensibilisation des centres nerveux* par une infection ou une intoxication. Expérimentalement, une injection de pilocarpine augmente beaucoup l'intensité des réflexes réno-digestifs et abaisse le seuil de l'excitation nécessaire pour les déclencher. L'atropine, la nicotine, ont généralement des effets inverses. Il est loisible de penser qu'une infection ou une intoxication préexistante, agissant sur le plexus solaire, peuvent modifier son pouvoir de réflectivité, et déclencher des réflexes qui, sans cela, ne se seraient pas manifestés. Nous croyons que l'urémie, même légère, joue fréquemment ce rôle sensibilisateur; les poussées d'azotémie transitoire, au cours des affections rénales et des suites opératoires, sont maintenant bien connues; elles sont fort capables d'influencer le système nerveux. Ces hypothèses appellent de nouvelles recherches (Cf. Obs. CXLIII).

C. VOIES CENTRIFUGES DES RÉFLEXES RÉNO-DIGESTIFS.

— Ces réflexes peuvent atteindre des nerfs de la vie de relation: il en résulte des douleurs localisées par le malade dans la zone cutanée de projection de ces nerfs (*referred pain*). Head a longuement étudié ces douleurs projetées sur la paroi abdominale au cours des crises douloureuses rénales, et il a établi à la fois leur topographie et leur mécanisme probable. Ces douleurs, s'accompagnant de contracture musculaire, peuvent simuler une affection aiguë d'un viscère abdominal, et c'est pourquoi nous les avons rapprochées des réflexes réno-digestifs.

Mais les réflexes réno-digestifs véritables ont pour voie centrifuge des nerfs de la vie végétative: pneumogastrique et surtout sympathique. L'atteinte de ces nerfs

est facile à vérifier au cours d'une colique néphrétique par exemple; les modifications du pouls, de la tension artérielle, les troubles vaso-moteurs en témoignent suffisamment (Pal, Potain, F. Franck, Paillard).

Au point de vue de leurs effets gastro-intestinaux, on peut classer ces réflexes rénaux d'après l'organe sur lequel ils prédominent :

1° *Réflexes réno-gastriques*. — Ils sont moteurs, sécrétoires et vaso-moteurs. Tantôt il s'agit de phénomènes d'excitation, tantôt de phénomènes d'inhibition (obs. XCVIII, CII, CXXXVI, etc.).

Le sphincter pylorique est particulièrement sensible à ces incitations réflexes (obs. CIV). D'autres que nous l'ont vérifié expérimentalement (Carnot, Satre, etc.).

2° *Réflexes réno-intestinaux*. — Les uns sont sécrétoires et vaso-moteurs (obs. CVII, CIX), les autres sont moteurs; tantôt on voit se produire des spasmes (obs. XIV, XV bis); tantôt des phénomènes paralytiques (obs. IX, CXIII).

Le gros intestin est particulièrement sensible à ces réflexes; le rectum pourrait être le siège de phénomènes analogues, surtout au cours d'excitations urétérales violentes (Loeper).

3° *Etat de mal péritonéal d'origine rénale*. — Ces différents réflexes gastro-intestinaux peuvent s'associer entre eux et s'unir à des réflexes cardiaques, respiratoires et vaso-moteurs, pour réaliser un ensemble de symptômes rappelant le drame péritonéal.

Les éléments du tableau clinique sont alors la douleur, la contracture pariétale, le ballonnement, les vomissements, l'arrêt des matières et des gaz, la rapidité du pouls sans fièvre. Telle est la pathogénie du syndro-

me rétropéritonéal, dont nous avons parlé à maintes reprises à propos des ruptures d'hydronéphroses, des contusions extrapéritonéales du rein, des hémorragies périrénales spontanées et des fissurations de néoplasmes rénaux.

Conclusions

I. — Les affections du rein peuvent donner lieu, dans certaines conditions, à des symptômes péritonéaux et à des troubles gastro-intestinaux.

II. — Ces phénomènes peuvent présenter soit une allure aiguë (péritonisme, iléus spastique ou paralytique), soit une évolution chronique (dyspepsie, entérite, etc.).

III. — Dans les cas où les signes urinaires sont larvés ou absents, ces troubles péritonéaux et gastro-intestinaux peuvent passer au premier plan de la symptomatologie, et conduire à de graves erreurs de diagnostic. Ce sont les formes péritonéales des affections du rein.

IV. — Toutes les affections chirurgicales du rein (lithiase, hydronéphrosé, rein mobile, tumeurs, rein polykystique, dilatation congénitale des voies urinaires supérieures, tuberculose rénale, phlegmon périnéphrétique, pyélonéphrite, pyonéphrose, etc.) peuvent se manifester par une symptomatologie péritonéale ou gastro-intestinale.

Cette éventualité est particulièrement fréquente dans

la lithiase rénale, l'hydronéphrose, et certaines malformations congénitales du rein et de l'uretère.

Elle peut être constatée dans la période de début des tumeurs et de la tuberculose rénale.

V. — L'irruption brusque de sang dans l'atmosphère périrénale peut se traduire par des symptômes rappelant ceux de la péritonite (état de mal péritonéal). Cette éventualité se produit dans les hématomes périrénaux spontanés, dans la fissuration des tumeurs rénales, dans les ruptures d'hydronéphroses, dans certaines ruptures traumatiques extrapéritonéales du rein. Ce syndrome mérite le nom de syndrome rétropéritonéal, ou encore l'appellation, déjà proposée, de syndrome parapéritonéal.

VI. — Les phlegmons périnéphrétiques donnent lieu, surtout au début de leur évolution, à des symptômes de réaction péritonéale et gastro-intestinale. Ces signes peuvent être prédominants et conférer au phlegmon périnéphrétique le masque d'une affection abdominale aiguë.

VII. — A la suite d'interventions rénales par voie extrapéritonéale, on peut observer, en dehors de toute blessure du péritoine, des phénomènes de choc abdominal et de paralysie gastrique ou intestinale.

VIII. — La pathogénie des troubles péritonéaux et gastro-intestinaux d'origine rénale est fort complexe. Il faut éliminer les cas de coïncidence fortuite et ceux

où une maladie gastro-intestinale primitive a retenti sur le rein (syndrome entéro-rénal).

En dehors de ces cas, une affection rénale primitive peut retentir sur les organes abdominaux :

Soit par suite des rapports anatomiques immédiats du rein avec ces organes ;

Soit par un mécanisme humoral (urémie) ;

Soit par un mécanisme nerveux réflexe.

IX. — Les réflexes réno-digestifs paraissent mériter dans la pathologie une importance plus grande que celle qu'on leur a accordée jusqu'ici. Ils ont un substratum anatomique dans les anastomoses du plexus rénal avec les plexus mésentériques.

Des faits cliniques (observations) et des faits expérimentaux (tracés) établissent la réalité de leur existence physiologique.

X. — En clinique, il faut songer aux syndromes que nous venons de décrire dans deux circonstances principales :

— Au cours d'accidents abdominaux aigus ressemblant à l'occlusion intestinale (colique néphrétique, hydronéphrose, hémorragies périrénales, etc.).

— En présence de phénomènes dyspeptiques ou entéritiques invétérés, rebelles à la thérapeutique habituelle.

XI. — Le diagnostic des affections rénales qui se présentent dans de telles conditions est difficile : les troubles fonctionnels urinaires et les modifications macroscopiques des urines font souvent défaut en pareil cas.

Il est nécessaire d'avoir l'attention attirée sur ces faits pour songer à faire exécuter des examens microscopiques répétés des urines, des recherches radiographiques et pyélographiques, et surtout un cathétérisme des uretères, sans lesquels le diagnostic ne peut être posé.

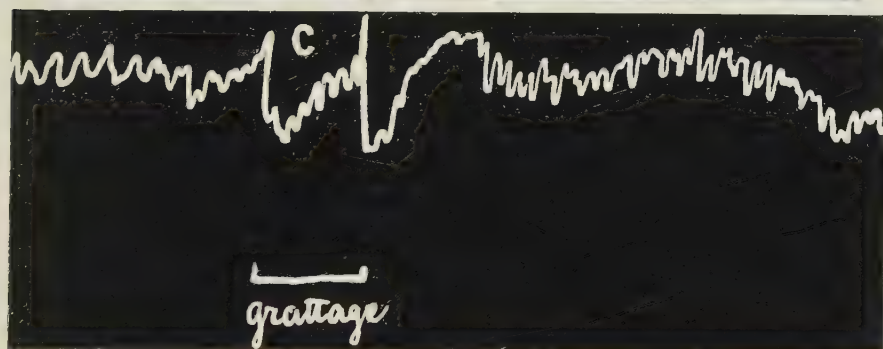
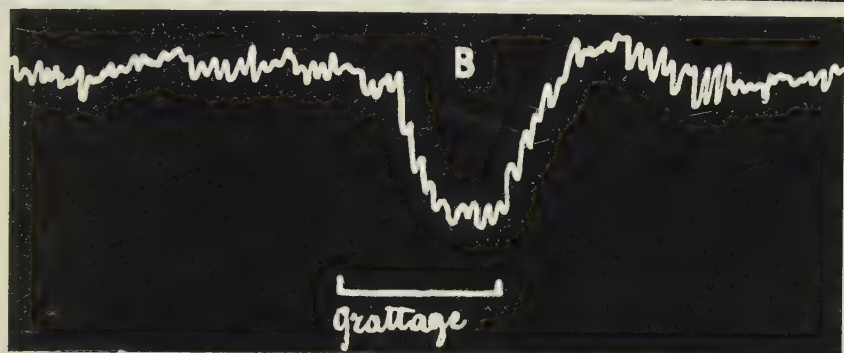
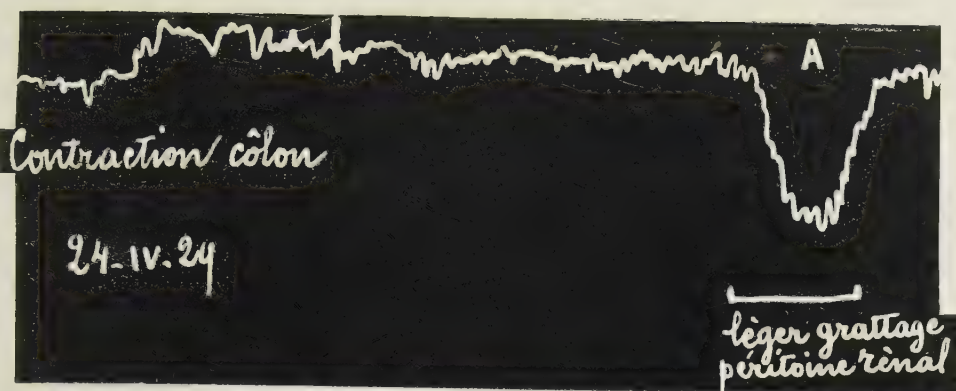
Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN, TIXIER.
JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 24 Mai 1929.

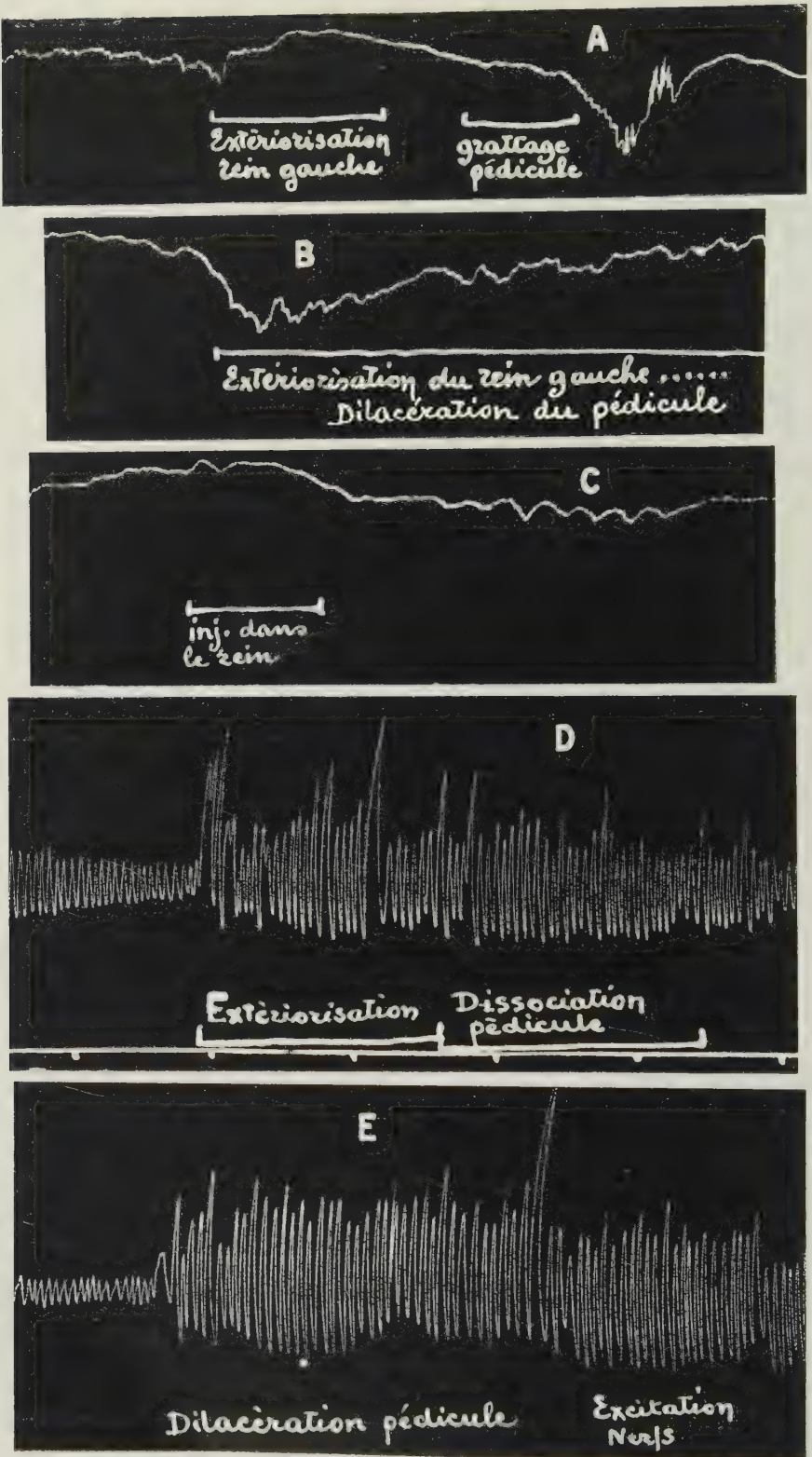
LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
pour le Recteur et par délégation,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ
L. JOSSERAND.

PLANCHE I



Tracé de l'expérience II. Chaque excitation de la région rénale a donné lieu à une inhibition des contractions côliques.

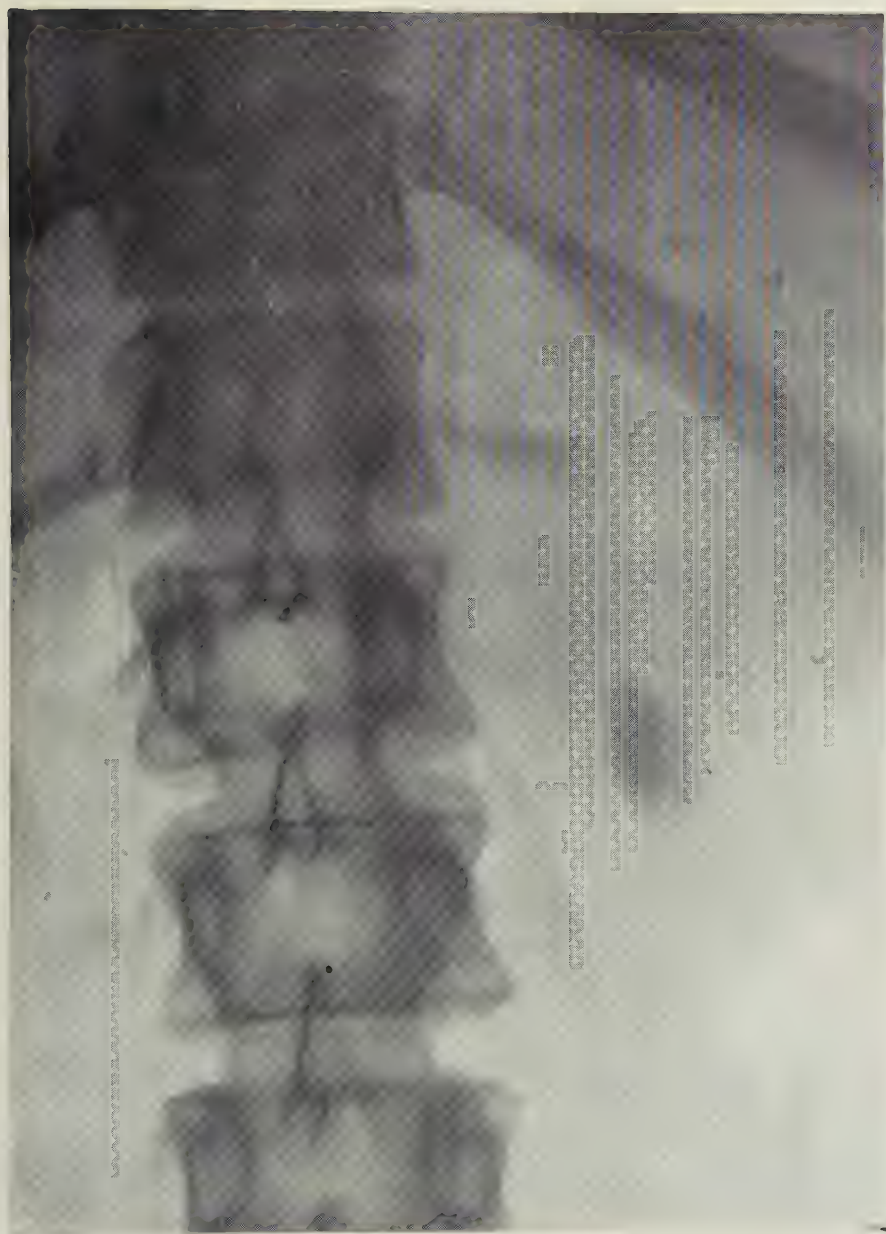
PLANCHE II



ABC. Tracé de l'expérience III, trains d'ondes, péristaltiques, coliques obtenus par excitations rénales.

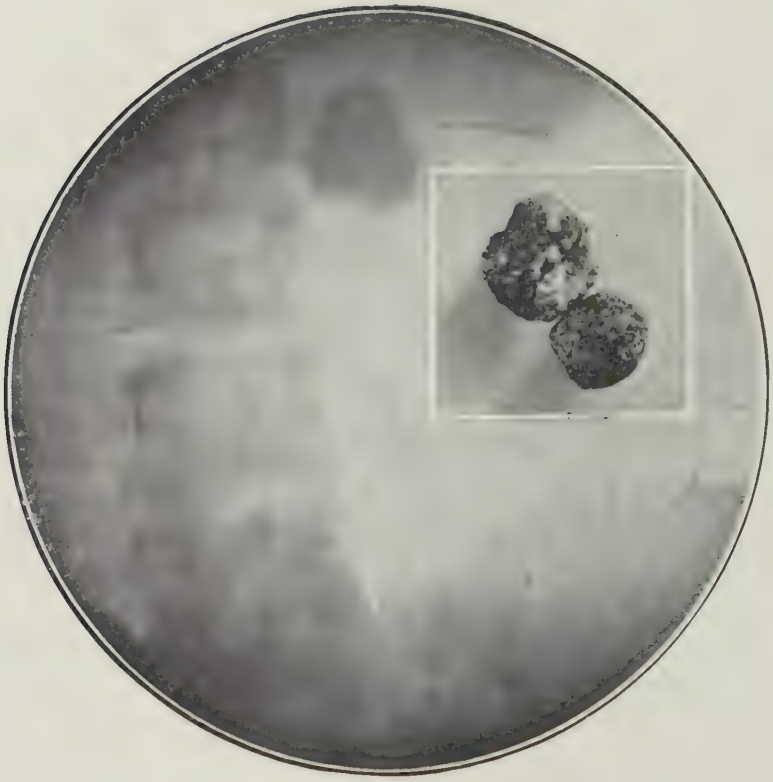
D.E. Tracé de l'expérience IV, enregistrement des contractions gastriques au cours d'excitations rénales.

PLANCHE III



Calcul du rein droit (Observation CIII, p. 177).

PLANCHE IV



Coexistence d'un calcul de la vésicule et d'un calcul du rein simulant un calcul unique. (Obs. CXXXIX, p. 250.)
S..., V^{ve} L..., Hôtel-Dieu, 1921.

PLANCHE V



F..., 17 ans. St A. 22. I. 272. Hydronéphrose latente g.
ayant simulé l'entéro-colite. Rein droit sain. Pyélographie.
Gauthier-Japiot, 1922. (Observation CXX, p. 209.)

PLANCHE VI



F..., 17 ans, St A. 22. I. 272.
Petite hydronéphrose latente g. ayant simulé l'entérocolite. Néphrectomie Tixier. Juillet 1922. (Obs. CXX.)



Petite hydronéphrose douloureuse par malformation générale du rein g. Vue intérieure. Fornara. Néphrectomie Tixier. Juillet 1922, H.-D. (Obs. CXX.)



Petite hydronéphrose latente ayant simulé une appendicite à répétition. Néphrectomie Tixier, H. - D., 1909. (Voir p. 84.)

PLANCHE VII



Pyélographie de l'observation CXXXVIII. Torsion très nette de l'uretère. Hydronéphrose à symptômes gastro-intestinaux (V. p. 239). D' Gauthier.

PLANCHE VIII



Pyélographie de l'observation CXIX, p. 207
(D^r Gauthier).

Bibliographie

Seules sont rapportées ici les indications bibliographiques les plus importantes, où l'on pourra trouver une bibliographie plus complète.

Lithiase rénale

- ADENOT. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales post-opératoires. *Revue de Chir.*, 1896, t. 16, p. 14.
- ARÉTÉE DE CAPPADOCE. — De causis et signis acutorum et diuturnorum morborum libri quatuor, lib. II, cap. III.
- BERNARD. — Paralysie de l'intestin. *Gazette Hôpitaux de Paris*, 1898, 673.
- BROHÉE. — Lithiase urétérale droite simulant l'appendicite. *Ann. de la Soc. Belge de Chir.*, 1924, 24 mars.
- CABOT. — Erreurs de diagnostic dans les cas de calcul réno-urétéral. *Surgery Gyn. Obst.*, 1915, p. 403.
- CÉLOS. — Diagnostic d'urgence des maladies de l'abdomen, qui se traduisent par le syndrome péritonéo-abdominal. *Thèse Paris*, 1901-02.
- CHEVALIER. — Pseudo-occlusion intestinale. *Thèse Bordeaux*, 1883.
- CHEVELLE. — Difficultés de diagnostic des calculs réno-urétéraux. *Thèse Nancy*, 1909.

- DESNOS. — Deux observations d'étranglement intestinal au cours de coliques néphrétiques. *Soc. Méd. Paris*, 12 fév. 1887; *Union Méd.*, 1887, II, 535.
- EBSTEIN. — Handb. der Spez. Path. u. Therap. *Leipzig*, 1875, vol. 9, p. 156.
- EICHORST. — Handb. der Spez. Path. u. Therap. *Vienne*, 1895, vol. 2, p. 569.
- FLORACK. — Spastic iléus. *Deutsch. Zeit. f. Chirur.*, mai 1924, p. 289.
- FRUGONI. — Le syndrome de pseudo-occlusion intestinale dû à la lithiase urétérale. *Il Policlinico*, Roma, 1919, XXVI, sez. prat, p. 1285.
- GAYET et RICARD. — Mégauretère et lithiase, ayant donné lieu à des accidents répétés d'occlusion intestinale. *Lyon Chirurg.*, 1926, p. 225.
- GOYENA. — Gastropathies d'origine rénale. 1 vol., 200 pages, Buenos-Ayres, 1924.
- GRANT. — Stone in ureter simulating acute appendicitis. *Lancet*, 1921, t. 2, p. 797.
- GUYON. — Leçons cliniques sur les maladies des voies urinaires. Baillière et fils, Paris, 1903.
- Troubles digestifs dans les maladies du rein, t. 1, p. 2; t. 2, p. 230-240.
- HUGUIER et PARVU. — Occlusion intestinale spasmodique au cours d'une colique néphrétique. *Médecine Moderne*, fév. 1914, p. 5; *Paris chir.*, 1913, p. 682.
- HENROT. — Les pseudo-étranglements de l'intestin. *Thèse Paris*, 1865.
- ISRAEL. — Chirurg. Klinik. der Nieren. Krank. Article lithiase. Berlin, 1901, p. 283.
- JEANBREAU. — Calculs de l'uretère. 13^e Congrès d'Urol., 1909, obs. 71 (Gibbon); 109 (Buchanan).
- JOUAUST. — Contribution à l'étude de l'entérocolite muco-membraneuse. *Thèse Paris*, 1903-04, p. 37.
- KRONNECKE. — Iléus spasmodique. *Munch. Médiz. Wochensch.*, 27 juillet 1923, LXX, N° 30, p. 981-83.

- LANCEREAUX. — Lithiase rénale : effets et complications, *Union Méd.*, 5 juin 1888, p. 98-109.
- LE FUR. — Calculs de l'uretère et appendicite. *Congrès d'Urol.*, 1909.
- LEGUEU. — Des calculs du rein et de l'uretère. *Thèse Paris*, 1891.
- LOEPER. — Les manifestations intestinales de la colique néphrétique. *Leçons de pathologie digestive*, 3^e série, p. 236. Paris, Masson, 1914.
- LOZANO Y PASTOR. — Néphrolithiase et Rayons X. *Revista Esp. Méd. et Cirur.*, 1918, 1, 115.
- LUCRI. — Calculose rénale latente du type gastroentéropathique réflexe. *Policlinico*, 1927, 34, 335, Sez. Chir.
- MASSENBURG. — Importance du rétrécissement urétéral dans les diagnostics abdominaux. *Journ. of the Amer. Assoc.*, vol. LXXIV, N° 21, 22 mai 1920, p. 1481.
- MITRY. — Anurie et occlusion intestinale réflexes, guéries par la distension du bassin. *Soc. franç. d'Urol.*, 6 juillet 1925; *Journ. d'Urol.*, 1925, 2, p. 160.
- MOORE. — Dynamic iléus. *Surg. Gyn. Obst.*, 1923, 2, 375.
- MORGANI. — De sedibus et causis morborum epist. XL, 15.
- MORRIS. — Calcul du rein confondu avec ulcère de l'estomac. *Brit. Méd. Journ.*, 1892, 1, 899.
- NOIRTIN. — Formes graves sans anurie de la colique néphrétique. *Thèse Bordeaux*, 1908.
- O' NEIL. — 331 cas de lithiase rénale. *Boston Med. and Chirur. Journ.*, 1917, N° 18, p. 623.
- PAL. — Sur quelques symptômes réflexes de la colique néphrétique. *Wiener Med. Wochens.*, 1911, 37, 2336.
- POUSSON. — Diagnostic et traitement des calculs de l'uretère. *Cong. Urol.*, 1909, p. 202.
- RALFE. — Calcul du rein confondu avec ulcère duodénal. *Brit. Med. Journ.*, 1888, 1, 183.

- RAMOND. — Dyspepsie d'origine rénale. In *Maladies de l'estomac*, Paris, Masson, 1927, p. 350.
- RENDU. — Colique néphrétique à symptômes insolites. *France Médicale*, 1888.
- RICHARDSON. — Calcul du rein ou de l'uretère pris pour appendicite. *Ann. of Surg.*, fév. 1912.
- RIESMAN. — Extra abdominal conditions simulating acute abdominal diseases. *Journ. Amer. Med. Ass.*, 1925, p. 1973.
- ROGER et TRÉMOLIÈRES. — Recherches expérimentales sur l'entérite m. m. *Journ. de Phys. et de Pathol. gén.*, mars 1906, 8, 283.
- ROSENSTEIN. — Path. u. Therapie der Nierenk. Berlin, 1863, p. 439.
- SACCHI. — Considérations sur 4 cas de calculs urétéraux. *Journ. Urol.*, 1925, 2, 27.
- SCHAARSCHMIDT. — Mediz. U. Chir. Berlin. Nachricht. Erst. Jahrg. Berlin, 1738, p. 270.
- SÉVERIN. — Iléus réflexe dans les maladies des organes internes. Reflektorisches Ileus bei inneren Organerkrankungen. *Soc. Chir. Breslau*, 11 juillet 1927; *Centralblatt, f. Chir.*, 1927, 2, 2396.
- SOURDILLE. — Etude clinique de la lithiase rénale. *Thèse Paris*, 1906-07.
- SOUPAULT et JOUAUST. — Etude sur la pathogénie de l'entérite muco-membraneuse, et en particulier sur son origine réflexe. *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 4 mars 1904. *Bull.*, p. 231.
- STERNBERG. — Contribution à l'étude clinique des calculs du rein en particulier de leurs manifestations gastro-intestinales. *Wiener Klin. Wochenschrift*, 18 avril 1901, N° 16, p. 381.
- STEWART. — Sur les obscurités que présente parfois le diagnostic de calcul du rein. *The Amer. Journ. of the med. science*, Philadelphie, 1905, vol. CXXX, p. 227-252.

- THÉVENARD. — Coliques néphrétiques à symptômes d'occlusion intestinale. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 11 juillet 1913; *Paris Chir.*, 1913, p. 702.
- THIBERGE. — Obstruction intestinale sans obstacle mécanique. *Thèse Paris*, 1883-84.
- QUÉNU. — Des symptômes d'occlusion intestinale dans la colique néphr. *Bull. Méd.*, 3 mars 1913, I, p. 207.

Hydronéphroses et malformations congénitales

- ADAMS. — Hydronéphrose et appendicite. *Ann. of Surg Philadelphie*, 1906.
- BARON. — Sur un cas d'uretérohydronéphrose congénitale à manifestations péritonéales aiguës. *Thèse Paris*, 1927.
- BOTTOMLEY. — Rétrécissement congénital de l'uretère. *Ann. of Surg.*, 1910; p. 507-625.
- BOUCHARD (R.). — La dilatation congénitale primitive des voies urinaires supérieures. *Journ. Urol.*, 1926, 1, p. 288-346 et p. 413-435.
- CARAVEN. — Obstruction intestinale par hydronéphrose dans un rein en fer à cheval ectopique. *Soc. Nat. Chir.*, 22 juin 1927, p. 905.
- CHEVRIER. — Hydronéphrose congénitale chez le jeune enfant. — *Thèse Paris*, 1899.
- COTTEREL. — Hydronéphrose intermittente due à une artère rénale anormale et simulant l'appendicite chronique. *The Urol. and Cutaneous review*, juin 1922, p. 340. Analyse dans *Journ. Urol.*, 1923, 1, 62.
- COURBOULÈS. — A propos d'un mégauretère simulant une appendicite. *Lyon Chirurg.*, 1926, t. 23, p. 237.

- DEGUILLAUME. — Symptômes d'obstruction biliaire dans les affections chirurgicales du rein droit. *Thèse Paris*, 1910-11.
- DORDONNAT. — Epanchements hématiques périrénaux. *Th. Paris*, 1896.
- EISENDRATH. — Troubles digestifs aigus dans l'hydronéphrose. *Surg. Gyn. Obst.*, nov. 1925.
- GAUTHIER et AMOUROUX. — Hydronéphrose à type pseudo-dyspeptique diagnostiquée par la pyélographie. *Lyon Médical*, 1928, p. 231.
- Mc GLANNUM. — Intermitt. Hydronéphrosis with gastroenterologic symptoms. *Ann. of Surgery*, 1922, p. 372.
- JELIU. — Hydronéphrose et appendicite. *Thèse Paris*, 1920.
- JIVANOVITCH. — La douleur rénale. *Thèse Paris*, 1920-21.
- KESSLER. — Rein en fer à cheval. *Thèse Paris*, 1924.
- LEFEBVRE. — A propos de la rupture traumatique des hydronéphroses. *Gaz. Hebd. des Sc. Méd. de Bordeaux*, 30 sept. 1923.
- LEGEROT. — De l'hydronéphrose intermittente. *Thèse Lyon*, 1894. N° 924.
- LEPOUTRE. — Dès traumatismes d'hydronéphrose. *Arch. Mal. des Reins*, 1928, t. 3, p. 203.
- LOUMEAU. — Un cas difficile d'hydronéphrose infantile. *Journ. de Méd. de Bordeaux*, juillet 1914.
- MACALPINE. — Rupture traumatique d'hydronéphrose. *Lancet*, 1923, p. 833.
- MAIRE. — Difficultés du diagnostic des grosses hydronéphroses. *Thèse Lyon*, 1909.
- NAVARRO. — Contribution à l'étude des hydronéphroses. *Thèse Paris*, 1894-95.
- NOVÉ-JOSSERAND. — Hydronéphrose congénitale chez un enfant de 9 ans. *Lyon Chir.*, 1923, p. 648.
- ODY. — Un cas d'uretère double ayant simulé une affection hépatique. *Lyon Chir.*, novembre-décembre 1928, p. 740.

- ŒHME. — Rupture traumatique d'hydronéphrose. *Beitrag f. Kl. Chir.*, 1907, p. 3. *Anal. Sem. Méd.* 1907, 232.
- OLIVER. — Remarks on a case of horseshoe kidney simulating malignant disease of abdomen. *Brit. Méd. Jour.*, février 1898, 1, 552.
- PUCCINNELLI. — Hydronéphrose congénitale. *Thèse Lyon*, 1908-09.
- RATTIER. — Epanchements urineux périnéphrétiques. *Thèse Lyon*, 1897-98.
- ROCHER et DARGET. — Hydronéphrose congénitale gauche reconnue au cours de troubles gastro-intestinaux infectieux chez un enfant de 9 ans. *Presse Méd.*, 25 avril 1923.
- SAAR (Von). — Rupture d'hydronéphrose, et complexus symptomatique qui l'accompagne. *Beitrag f. Kl. Chir.*, 1909, t. LXIV, p. 2. *Anal. Sem. Méd.*, 1909, p. 472.
- et KERN (H.). — Hydronéphrose avec signes gastro-intestinaux. *The Urol. and Cutan. Review*, 1926, p. 644. *Anal. Jour. Urol.*, 1927, 1, 465.
- SANTY. — Traitement chirurgical des pyonéphroses aiguës. *Lyon Chirur.*, 1926, p. 267.
- TAVERNIER et CIBERT. — L'uretère bifide. Son importance dans le diagnostic des crises douloureuses abdominales. *Soc. Chir. Lyon*, 20 octobre 1927. *Lyon Chir.*, janvier 1928, 25, 89.
- TAYLOR. — Un cas d'hydronéphrose à forme d'appendicite. *Brit. Méd. Jour.*, 1908.
- TERRIER et BAUDOIN. — De l'hydronéphrose intermittente. Paris, Alcan, 1891.
- TEXIER. — L'hydronéphrose. *Annuaire jubilaire de Forgu*, 1900, 100. Masson, p. 310.

- VILLARD et THÉVENET. — Hydronéphrose calculeuse avec ictère. Néphrectomie transpéritonéale. *Soc. des Sciences Méd. de Lyon*, 17 février 1909.
- VIRGILLO. — Syndrome d'occlusion intestinale au cours d'une hydronéphrose révélée par un traumatisme. *Ann. di Méd. Navale et Colon.*, janvier-février 1927.

Tuberculose rénale
infections rénales et périrénales

- BONNEAU. — Phlegmon ligneux périnéphrétique avec néphrite chronique. *Soc. Franç. Urol.*, 8 décembre 1924. *Jour. Urol.*, 1925, 1, 45.
- BRANCHE. — Absès lombaires gauches d'origine intestinale. *Thèse Lyon*, 1912.
- CASSAGO. — Troubles digestifs dans les inflammations suppuratives du rein. *Siglo Med.*, Madrid, février 1905.
- CULVER, RUSSEL, HERROLD et PHIFER. — Infections rénales. *Jour. of the Amer. Med. Ass.*, LXX, 18 mai 1918, p. 1444.
- DORÉ. — Tuberculose rénale à forme aiguë. XX^e Congr. Assoc. Franç. Urol., 6 octobre 1920, p. 264. *Jour. Urol.*, 1920, t. 10, p. 302. *Cong. Urol.*, 1923. *Jour. Urol.*, 1923, 2, 426. *P. M.*, 1923, 2, 918.
- DOUGLAS. — Absès multiples du rein chez un enfant. *Jour. de Chirur.*, 1911, 2, p. 102.
- ESTRABAUT. — Pyonéphrose droite et obstruction intestinale. *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1899, p. 354.
- FABIAN (K.). — Maladie de la vessie avec manifestations pseudo-occlusives. *Central. f. Chir.*, 16 avril 1927, 1, p. 983.
- FISCHL. — Contribution à la pathologie de la pyélite. *Anal. Sem. Méd.*, 8 septembre 1886, p. 358.

- GAYET. — Phlegmon périnéphrétique. *Lyon Chir.*, 1920, p. 652.
- Tuberculose rénale à forme néphralgique. *Soc. de Chirur. de Lyon*, 23 juin 1927. *Lyon Chirur.*, 1927, p. 721.
- GINISTY. — Abscès du rein, cause de péritonite. *Soc. Chirur. Toulouse*, 1923. *Presse Méd.*, 1923, 1, 237.
- GUILLEMINET. — Deux cas de périnéphrite à staphylocoques (signes pseudo-appendiculaires). *Lyon Chirur.*, 1927, p. 617.
- LEJARS. — Abscès antérénaux. *XIII^e Cong. Franç. Chirur.*, 1899, p. 652.
- NEWMAN. — Douleurs dans les lésions rénales et vésicales. *Lancet*, 25 mars 1916, 1, 669.
- PATEL. — Abscès lombaire gauche d'origine intestinale. *Lyon Chirur.*, 1920, p. 635.
- PATEL et MALLET-GUY. — Grand kyste suppuré du rein gauche ayant déterminé une occlusion intestinale. *Jour. Urol.*, 1925, 1, 316.
- PILLET. — Tuberculose rénale à forme anormale. *Jour. Urol.*, 1914, 1, 595.
- TAVERNIER. — Néphralgie chez une malade atteinte d'un rétrécissement de l'uretère et d'une tuberculose rénale au début. *Lyon Chirur.*, 1927, 710.
- ROSENKRANZ (E.). — Relations entre appendicite et pyélite. *Soc. Berlinoise de Méd.*, 2 mars 1910. *Anal. Rev. de Chir.*, 1910, 42, p. 1222.

***Hémorragies périrénales spontanées
et traumatismes du rein***

- ARNAUD. — Hémorragie des surrénales. *Arch. Gén. Méd.*, juillet 1900.
- BORIES. — Indications dans les ruptures traumatiques du rein. *Thèse Paris*, juillet 1912.

LIPPENS. — Hématomes périrénaux. *Jour. de Chir.*, 1913, p. 1.

MOURIQUAND. — Anévrisme de l'aorte abdominale avec phénomènes d'occlusion intestinale. *Soc. Méd. des Hôp. Lyon*, 31 janvier 1905.

MOYRAND. — Contusion abdominale, rupture du rein droit et de l'uretère sans hématurie. *Soc. Chirur. de Paris*, 1915, p. 2046.

PICK. — Hémorragie périrénale spontanée. *Med. Klin.*, 1910.

PRITCHARD. — Hématome périnéphrétique par lésion surrénale. *Lancet*, 1890, 1, 750.

QUÉNU. — Des signes péritonéaux observés dans les plaies non pénétrantes de l'abdomen par arme à feu. *Paris Méd.*, 17 juillet 1915, t. 5, n° 10, p. 189.

ROUTIER. — Rupture du rein. *Soc. de Chirur. de Paris*, 1901, 872.

RAPIN. — Hématomes périnéphrétiques non traumatiques. *Paris Méd.*, 1919, p. 94-103.

RENTY et AIGROT. — Néphrectomie transpéritonéale pour rupture traumatique du rein sans hématurie. *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, 21 juin 1920; *Presse Méd.*, 30 juin 1920, 1, 438.

SÉIDEL. — Les grandes hémorragies périrénales. 41^e *Cong. Allemand de Chir.*, *Rev. de Chir.*, 1912, p. 793.

SERGEANT et BERNARD. — *Arch. Gén. Méd.*, 1899.

VÉRIN et DESGOUTTES. — Rupture traumatique du rein. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, 23 juin 1909. *Ann. des Mal. du rein et org. g. u.*, 1910, 2, 1799.

VONCKER et REYNDERS. — Indications opératoires dans les traumatismes fermés du rein. *Arch. des Mal. des reins*, 1922-24, t. 1, p. 671.

WAGNER. — Ruptures du rein. *Centralblatt f. Krankh. der Harn. u. Sexualorgan.*, 1896, 7, 1.

Tumeurs du rein et tumeurs paranéphrétiques

- ANTIPAS. — Tumeurs rétropéritonéales. *Thèse Lyon*, 1906-07.
- BEVERS. — Kyste du rein gauche provoquant une obstruction intestinale chronique. *Brit. Méd. Jour.*, 28 mars 1914. *Jour. d'Urol.*, 1914, 1, 801.
- BISSELYCK (Van). — Occlusion intestinale aiguë par rein polykystique. *Jour. de Chirur.*, 1913, t. 10, p. 259. *Jour. Urol.*, 1912, t. 2, n° 6, p. 812-822.
- BONAR. — Deux cas d'hémorragie rétropéritonéale. *Lancet*, mai 1921, 1, 1079.
- BRENNER. — Tumeur paranéphrétique. *Wiener Klin. Woch.*, 1891, n° 49, p. 921.
- CHEVASSU. — Infection et suppuration des reins polykystiques. *Jour. d'Urol.*, 1921, 373.
- EIGLER. — Les hémorragies massives rétropéritonéales. *Munch. Med. Wochens.*, LXXV, h. 13, 30 mars 1928, p. 563.
- GIBSON et BIGGS. — Deux cas d'hypernéphromes. *Practitioner's Society New-York*, 3 mai 1912. *Med. Record*, 7 septembre 1912, 458.
- HALLER. — Tumeur paranéphrétique : occlusion intestinale révélatrice. *Soc. des Chirurgiens de Paris*, 23, avril 1926. *Paris Chirur.*, 1926, n° 6, p. 154.
- HÉRISSON. — Lipomes rétropéritonéaux. *Thèse Paris*, 1909.
- JEANNEL. — Contribution à l'étude des tumeurs du rein infiltrées dans le mésentère. *Cong. de Chirur.*, 1886.
- LATRONCHE. — Kyste pararénal gauche. *Cong. Nat. Chirur.*, 1919, p. 681.
- LECÈNE. — Tumeurs paranéphrétiques. *Rapport XXVIII^e Cong. Franç. de Chirur., Revue de Chirur.*, 1919, p. 684.

- PUJOS. — Syndrome pylorique réflexe à point de départ rénal. *Soc. d'Urol. de Paris*, 10 novembre 1924. *Presse Méd.*, 3 décembre 1924, p. 966.
- RICHARD. — Tumeur paranéphrétique droite déterminant une occlusion intestinale. *Bull. de la Soc. de Chirur. de Paris*, 3 juillet 1923, p. 956.
- RISCHBIETH et DE CRESPIGNY. — Maladie polykystique des reins. *Lancet*, février 1913, p. 450.
- ROBINSON (Gerald). — Rupture d'un rein sarcomateux simulant une appendicite suppurée. *The Practitioner*, novembre 1912, vol. XC, n° 2, p. 722.
- SWYNGHEDAUW. — Rein polykystique ayant causé une intolérance stomacale absolue par compression du duodénum. *Réunion méd. Chirur. des Hôp. de Lille*, 17 janvier 1927. *Presse Méd.*, 1927, 1, 298.
- THÉVENOT. — Kystes paranéphrétiques. *Rapport au XXVIII^e Congr. Franç. de Chirur.*
- TUFFIER. — Hématome sous-péritonéal consécutif à la rupture d'une tumeur rénale. *Sem. Méd.* 1906, p. 342.

Dilatations gastriques et iléus après les interventions sur le rein

- ALBARRAN. — Iléus après néphrolithotomie. *Traité de Méd. Opér. des Voies Urin.*, Paris, Masson, 1909, p. 167.
- ALGLAVE. — Considérations sur l'occlusion d'origine duodénale après la néphropexie. *Soc. Anat. Paris*, juin 1910, p. 600.
- AMMON (Von). — Iléus après néphrectomie. *Central. f. Chir.*, 1927, p. 3034.
- BERNIER. — Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. *Thèse Paris*, 1911-12.

- BORCHARDT. — Dilatation aiguë de l'estomac après néphropexie. *Berl. Klin. Wochens.*, 1908, n° 35, p. 1593.
- BRAUN et SEIDEL. — Pathogénie de la dilatation aiguë. *Meitl. Grenzg. Med. und Chirur.*, t. LXVII, p. 5.
- CARAVEN. — Occlusion intestinale mortelle après une néphrectomie pour tuberculose rénale. *Jour. Urol.*, 1926, 1, 521.
- CATHELIN. — Occlusion après néphropexie. *Soc. Anat.*, 1909, p. 392.
- CHEVASSU. — Iléus après pyélotomie. *Cong. Urol.* 1923.
- DUVERGEY. — Iléus paralytique après néphrectomie. *Urol.*, 1925, 2, 509.
- GAYET. — Dilatation aiguë de l'estomac après néphrectomie. *Jour. Urol.*, 1920, p. 415.
- Occlusions post-opératoires chez les urinaires. *Lyon Chir.*, 1925, p. 105.
- LISSOWSKAJA. — Causes du météorisme intestinal et de la dilatation aiguë de l'estomac après les opérations sur les reins. *Arch. Mal. Reins*, 1928, p. 231.
- MAISONNET, MICHON. — Occlusion post-opératoire. *Jour. Urol.*, 1925, 2, 509.
- OUDARD. — Iléus paralytique avec aérophagie après néphrectomie pour tuberculose rénale. *Jour. Urol.*, 1925, 2, 506.
- PANSINI. — La gastroplogia acuta post operatoria. *Il Policlinico. Sez. Chirur.*, 1927, 8, p. 368.
- PAPIN. — Enervation des reins dans les affections douloureuses de cet organe. *Arch. Franco-Belges de Chirur.*, 1923, p. 616.
- REYNARD. — Dilatation aiguë de l'estomac après néphrectomie pour pyonéphrose. *Lyón Méd.* 1924, 2, 359.
- REYNIER. — Paralysie stomacale post-opératoire. *XVI^e Congr. Franç. de Chirur.*, 1903, p. 318.

- STIEDA. — Pathogénie nerveuse de la dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac. *Deut. Zeit. f. Chirurg.*, 1900, LVI, 201.
- STOCCADA. — Dilatation aiguë après néphropexie. *Arch. Ital. Chirurg.*, 1924, 9, 376.
- UTEAU. — Dilatation aiguë post-opératoire de l'estomac après une néphrectomie. *Jour. Urol.*, 1920, 2, 412.
- Néphrectomie pour tuberculose rénale. Iléus paralytique. *Jour. Urol.*, 1924, 1, 533.

Anatomie

- AMBARD, PASTEAU. — Innervation du rein. *Congr. Inter. Urol. Rome*, 1924, p. 518 et *passim*.
- BILLET. — Anatomie chirurgicale de la portion terminale des nerfs splanchniques. *Presse Méd.*, 4 octobre 1924, n° 80, p. 795.
- BORDAS. — Etude sur les capsules du rein et les tissus périrénaux. *Arch. Mal. des Reins*, t. 2, 1925-27, p. 670.
- COPE. — The nerve supply of the parietal peritoneum and subperitoneal tissues. *Lancet*, 1922, p. 415.
- DARILLET. — Nerfs splanchniques chez le chien. *Thèse Lyon*, 1922-23.
- FLANDRIN. — Enervation du rein. *Arch. Urol. Necker*, t. 4, p. 101.
- GIL VERNET et GALLART MONES. — Nouvelle communication nerveuse entre les organes des appareils digestif et génito-urinaire. III^e *Congr. des Médecins de langue catalane*. Badia, Barcelone. *Arch. des Mal. de l'App. Digest.*, 1921, 11, 105.
- HIRT. — Die innervation der Niere. *Verhandl. Anat. Gesellschaft. Vers. Halle*, 1924, p. 158-159.

- HOVELACQUE. — Anatomie des nerfs craniens et rachidiens et du système sympathique. Paris, Doin, 1927.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Le plexus solaire. *Thèse Paris*, 1902-03.
- LATARJET et BERTRAND. — Recherches anatomiques sur l'innervation des surrénales, des reins, et de la partie supérieure de l'uretère. *Lyon Chir.*, juillet-août 1923.
- LEGUEU et FLANDRIN. — Innervation du rein. *Presse Méd.*, 29 août 1923, p. 741.
- LEROY. — Rapport entre la circulation veineuse de l'appendice et du rein droit. *Province Méd.*, t. 27, p. 113.
- MURARD. — Les néphrites chroniques au point de vue chirurgical. *Thèse Lyon*, 1912-13.
- PAPIN. — De l'énervation des reins dans les affections douloureuses de cet organe. *Arch. Fr. Belges de Chir.*, 1923, p. 615.
- PAPIN et AMBARD. — Etude sur l'énervation des reins. *Arch. des Mal. des Reins*, 1922, t. 1, p. 1.
- PETIT-DUTAILLIS et FLANDRIN. — Anatomie chirurgicale des nerfs du rein. *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 27 octobre 1923, p. 635.
- RENNER. — Innervation der Niere. *Deutsch. Archiv. f. Klin. Mediz. Band CX*, 1913, p. 101-119.
- VINCENT. — Nerfs du rein. *Jour. des Sc. Méd. de Lille*, 17 mars 1929.
- WALTHER. — Etude sur le plexus solaire. *Thèse Paris*, 1924.

Physiologie

- BARTRINA. — Réflexes de l'appareil génito-urinaire. *Jour. Urol.*, 1922, p. 337.

- BELLIDO. — Coordinaciones funcionales en el aparato urinario. *Cong. de Valladolid*, 18 oct. 1915.
- BERNARD (Cl.). — Influence du sympathique sur les mouvements de l'intestin. *Leçons sur le système nerveux*, t. 1, p. 359.
- DUBUS. — Etude de quelques réactions motrices du colon. *Thèse Lille*, 1911.
- PAILLARD. — Hypertension artérielle transitoire. *Jour. Méd. Franç.*, 1927, p. 69.
- PASTEAU. — Les réflexes rénaux. *II^e Congr. Intern. Urol. Rome*, 1924, p. 144.
- SATRE. — Motricité stomacale. *Thèse Lyon*, 1907-08.
- SCHRWALD. — Bedeutung der Nervensystem d. Nieren, Iena, Fischer, 1887.
- SERES é IBARS. — Corrélation fonctionnelle vésico-rénale. *C. R. Soc. Biol.*, 1916, 2, 812. *Jour. Urol.*, 1923, 2, 177.
- SINITZINE. — Troubles réflexes dus à la distension du bassinet. *IV^e Congr. Russe de Chirur.*, Moscou, 1891.
- SOUPAULT et JOUAUST. — Hypersécrétion glaireuse intestinale provoquée expérimentalement chez trois lapins. *C. R. Soc. Biol.*, 1903.
- SURMONT et DUBUS. — De l'excitation à distance dans la motricité colique. *Arch. Mal. Dig.*, 1912, p. 181.

Relations entre les reins et l'appareil digestif

- BABÈS. — La rétropéritonite. *C. R. Soc. Biol. de Bucarest*, 3 juin 1909, 1, 1103.
- BEAUFOND (de). — Cholécytite sans calcul et calculs multiples latents du rein droit. *Jour. Urol.*, 1926, 1, p. 455.

- BÉCLÈRE et FEY. — Diagnostic radiologique des calculs du rein et de la vésicule. *Arch. Urol. de Necker*, t. 4, 1, p. 77.
- BLANCHET. — L'urémie occlusive. *Thèse Paris*, 1910-11.
- CECIL. — Abdominal pain in diseases of Kidney and ureter. *Jour. Amer. Med. Ass.*, 1920, p. 1239.
- CHAUFFARD et DEBRAY. — Rapports réciproques des lithiases du rein et de la vésicule. *Presse Méd.*, 28 janvier 1915, 1, 129.
- COVISA (S.). — Relations pathologiques entre les appareils urinaire et digestif. *Arch. de Med. Chir. y especial*, 1926, p. 492.
- DELBET (P.). — Pseudo-occlusion intestinale d'origine urémique. *Presse Méd.*, 1907, p. 540.
- ENGELS. — Gastrointestinal symptoms from lésions of the urinary tract. *Northwest Med.*, 1928, p. 16.
- GRANT. — Four genitourinary cases illustrating some difficulties in diagnosis. *Lancet*, 1921, 2, 797.
- HAMER (W. I.). — Urological pathology and its relations hip to abdominal symptom. *Hahneman Month*, 1927, LXIII, 330.
- HESS et SWITZER. — Urological pathology and its relations to abdominal surgery. *Urol. and Cutan. Rew.*, 1924, 198.
- JOYCE. — Subperitoneal effusions simulating acute intraperitoneal disease. *British Jour. Surg.*, 1925, p. 547.
- KORTE. — Sur l'entérospasme. *Mitteil. aus der Grenz. der Med. u. Chir.*, 1923, 37, 211.
- LAQUIERE. — Relations du rein droit et de l'appendice. *Jour. Urol.*, 1926, 1, 97. *Thèse Paris*, 1926.
- LÉBESCONTE. — Iléus fonctionnel. *Thèse Paris*, 1912-13.
- LECOMTE. — Iléus paralytique en Urologie. *Virginia M. Month*, 1926, p. 596.

- MAGOUN and FOSTER. — Pathological conditions of the urinary tract simulating abdominal diseases. *Ohio State Medical Journal*, 1926, p. 692.
- RECASENS. — Hydronéphrose et inflammation de la vésicule biliaire. *Acad. Royale de Madrid*, 8 mars 1913. *Rev. de Chirur.*, 1913, p. 153.
- REYNIER et LECHEVALLIER. — Pseudo-occlusion intestinale d'origine urémique. *Bull. Soc. Anat.* 1910, 12, 238.
- SCHULMANN. — Corrélation fonctionnelle du rein et de l'intestin. *Jour. Méd. Franç.*, mai 1922, p. 218.
- WOSNESSENSKY. — Embolie bilatérale de l'artère rénale combinée à un iléus spastique. *Zent. f. Chir.*, 1928, n° 11, p. 651.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE : <i>Les Faits.</i>	
I. — Syndromes abdominaux aigus d'origine rénale et périrénale.	
Généralités	7
Moyens de diagnostic	10
Chapitre I. — Calculs du rein et de l'uretère ..	14
Chapitre II. — Tuberculose rénale	56
Chapitre III. — Tumeurs rénales	62
Chapitre IV. — Hydronéphroses	80
Chapitre V. — Infections rénales	97
Chapitre VI. — Phlegmons périnéphrétiques ..	108
Chapitre VII. — Hémorragies périrénales sponta- nées	116
Chapitre VIII. — Forme péritonéale de la contu- sion du rein	126
Chapitre IX. — Syndromes abdominaux aigus consécutifs aux intervention sur le rein —	139
II. — Syndromes gastro-intestinaux chroniques d'origine rénale et périrénale.	
Généralités	161

Chapitre I. — Lithiase réno-urétérale	167
Chapitre II. — L'hydronéphrose latente à forme gastro-intestinale	197
Chapitre III. — Malformations réno-urétérales ..	215
Chapitre IV. — Tuberculose rénale	223
Chapitre V. — Tumeurs rénales	232
Chapitre VI. — Infections rénales	237
DEUXIÈME PARTIE : <i>Essai de pathogénie.</i>	
Relations entre les reins et l'appareil digestif	245
Chapitre I. — Coïncidence	249
Chapitre II. — Rapports de contiguité	255
Chapitre III. — Relations par voie humorale ..	261
Chapitre IV. — Relations par voie nerveuse. Les réflexes réno-digestifs	271
CONCLUSIONS	299
BIBLIOGRAPHIE	303

